roman vlaicu
emilia macavei ioan mureșan

PRACTICA URGENȚELOR MEDICALE

volumul 2

ROMAN VLAICU
EMILIA MACAVEI IOAN MUREȘAN

PRACTICA URGENȚELOR MEDICALE

VOLUMUL II

EDITURA DACIA
CLUJ-NAPOCA, 1979

Scanned with OKEN Scanner

URGENȚE RESPIRATORII

INSUFICIENȚA RESPIRATORIE ACUTĂ

Elemente de diagnostic clinic

Simptomatologia insuficienței respiratorii acute este complexă și variabilă. Depinde de gravitatea, etiologia și patogeneza sindromului, de predominanța hipoanoxiei sau hipercapniei și de reactivitatea organelor și sistemelor ischemiate. Se asociază fenomene clinice care depind de factorul declanșat și de tulburările concomitente, (comă, stare de șoc, insuficiență cardiacă, insuficiență renală acută, tulburări hidroelectrolitice și acidobazice).

Dispneea este de regulă primul și cel mai important semn clinic. Se manifestă inițial prin polipnee, apoi prin tulburarea ritmului respirației și în formele grave, prin bradipnee și apnee. În formele supraacute și grave se poate instala de la început apneea.

Cianoza este inconstantă. Se manifestă inițial la buze, unghii, pavilionul urechilor și apoi se generalizează. Este mai intensă și apare mai timpuriu în stările de hipoventilație cu hipercapnie. Lipsește rareori, în: anemii severe, stări de șoc hipovolemic, intoxicații cu CO și cianuri, alcaloză.

Tegumentele sînt calde și umede, acoperite cu transpirații abundente. Hipersalivația se asociază frecvent. Tahicardia moderată este o manifestare inițială, compensatorie. Este însoțită de o scurtă reacție hipertensivă și urmată de hipotensiune arterială, stare de șoc sau sincopă. Tulburările de ritm apar în cazurile grave.

Manifestările nervoase sînt variabile. Inițial apare cefaleea, senzație de teamă și anxietate, agitație psihomotorie, hiperreflexie osteotendinoasă și mioză. Delirul, confuzia mintală, convulsiile, coma, areflexia osteotendinoasă și midriaza sînt semne de gravitate. În unele cazuri apatia și areactivitatea psihică apar de la început.

Tremurăturile inițiale sînt urmate de fasciculații și apoi de atonie musculară, pareze și paralizii.

Scanned with OKEN Scanner

Particularități clinice legate de substrat

Hipoxia acută este constantă și caracteristică. Se manifestă inițial, în formele ușoare, cu hipersalivație, polipnee superficială, excitație psihomotorie (euforie, logoree, imprudență, tremurături, gesturi largi), tahicardie, hiperreflexie osteotendinoasă, paloare sau congestia feței, mioză. În formele severe și/sau mai evoluate dispneea lipsește sau apare de la început respirația Cheyne—Stockes, cianoza este discretă sau absentă și se adaugă fasciculații musculare, spasme clonice, dezorientare temporospațială și midriază. În formele grave se instalează opistotonusul, bradipneea și apneea, cianoza, areflexia osteotendinoasă, areactivitatea psihică, pierderea cunoștinței, coma, prăbușirea tensiunii arteriale, sincopa cardiacă.

Hipercapnia este inconstantă. Determină inițial creșterea tensiunii arteriale sistemice și mai ales a celei din teritoriul circulației mici, cu accentuarea consecutivă a dispneei, înroșirea tegumentelor, somnolență, transpirații abundente, hipersalivație, bronhoree, pareză bronșică. În formele severe, tensiunea arterială scade progresiv, somnolența se accentuează, apare carbonarcoza cu bradipnee, atonia musculară, sindrom de hipertensiune intracraniană (bradicardie, fotofobie, vărsături explozive), sindrom de iritație meningiană și comă.

Hipocapnia apare rar, în caz de oxigenoterapie necontrolată. Semnele sale caracteristice sînt paloare și uscăciunea tegumentelor. Se asociază bradicardie, hipotensiune arterială, somnolență, tetanie și convulsii.

Insuficiența respiratorie de tip obstructiv apare în: înec, corpi străini laringotraheali (alimente, nasturi, monezi, proteze dentare, canule), edem Quincke, angină Ludwig, flegmoane faringiene, crup difteric, laringite edematoase, spasm laringoglotic, bronșiolită capilară, exces de secreții cu edem și/sau bronhoplegie (come profunde, șoc anafilactic, intoxicație cu iperită), stare astmatică, bronhobronșiolită cronică acutizată, emfizem obstructiv complicat cu bronșiolită acută, hemoptizie masivă, chist hidatic deschis în căile respiratorii, vomică.

Se manifestă prin dispnee de tip expirator (respirație sacadată cu efort în expirație și „wheezing") și fenomene de hipercapnie.

Procesele obstructive ale căilor respiratorii superioare se manifestă prin bradipnee cu inspir lent și zgomotos (cornaj, stridor) și tiraj intens (retracția spațiilor intercostale și contracția mușchilor gîtului și abdomenului). Expirul este scurt și ușor. Există particularități care depind de etiologia obstrucției respiratorii. Invadarea

Scanned with OKEN Scanner

bruscă sau masivă a căilor respiratorii se manifestă prin sincopă respiratorie albă, anoxică.

• În *înec* se realizează sincopa respiratorie anoxică sau asfixică.

• *Bronhoplegiile* realizează sindromul fizic al toracelui care „fierbe în clocot" și al „autoînecării".

• *Hemoptizia masivă* și *vomica* determină manifestări similare.

• *Corpii străini laringotraheobronșici* pot fi aspirați brusc cu ocazia unui acces de rîs, strănut spasmodic sau chintă de tuse. Fenomenul apare des la copii, în cursul alimentației sau jocului, la vîrstnici, în timpul somnului, la psihopați, în anestezie generală sau în starea de comă profundă (reflexe faringolaringiene șterse sau abolite).

Manifestările clinice sînt de gravitate variabilă: sincopă asfixică, acces violent de sufocare cu cianoză și convulsii, tuse spasmodică și dureri laringotraheale, dispnee acută cu cornaj și tiraj. În cazul pătrunderii și rămînerii unui corp străin într-o bronhie lobară pot apare supurații bronhopulmonare persistente.

• *Obstrucția laringotraheală din edemul Quincke* este sugerată de antecedentele alergice, coexistența edemului feței și a urticariei și apariția dispneei progresive cu cornaj și tiraj. Apare mai frecvent în șocul anafilactic și boala serului.

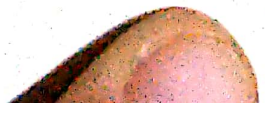
• *Crupul difteric* este diagnosticat pe baza contextului clinic de boală infecțioasă cu caracter predominant toxic (paloare, adinamie, febră moderată) și a semnelor locale (angină cu false membrane și paralizie velopalatină). Coexistă adesea tulburări de ritm cardiac.

• *Laringitele edematoase acute*, obstructive (striduloase) mai pot apare și în alte boli infecțioase (gripă, viroze). Sînt favorizate de terenul alergic, nefropatii edematoase, afecțiuni laringiene cronice (cancer, tuberculoză).

Diagnosticul se face pe baza antecedentelor, a dispneei și disfoniei cu evoluție progresivă în ore sau zile, a fenomenelor de însoțire și a examenului local. Edemul laringoglotic din nefritele acute se recunoaște prin coexistența edemului alb al feței și organelor genitale sau a anasarcăi.

• *Spasmul laringoglotic* persistent apare pe fondul unor laringite acute, în tetanos, intoxicație cu stricnină, tetanie, afecțiuni laringiene cronice, psihonevroze, turbare.

Laringospasmul din tetanie se asociază cu alte manifestări sau semne clinice caracteristice: „mînă de mamoș", „spasm carpopedal", „bot de știucă", semne de spasmofilie (semn Chvostek, Trousseau, Lust).



Scanned with OKEN Scanner

În psihonevroze laringospasmul apare după șocuri emotive și se asociază cu alte contracturi musculare (mai ales contorsiuni ale membrelor), tulburări afective („spasmul hohotului de plîns"), manifestări isterice. În tetanos, spasmul laringian survine în accese la un bolnav cu trismus și opistotonus.

• *Bronșiolita capilară* apare mai frecvent la copii și bătrîni, se manifestă prin dispnee cu polipnee și cianoză și se asociază sau este urmată de bronhopneumonie.

• *Crizele astmatice* prelungite sau subintrante (starea de rău astmatic) pot realiza insuficiență respiratorie acută de tip obstructiv, prin bronșiolostenoză (spasm, hipersecreție, edem) produsă prin mecanism alergic și reflex. Dispneea este bradipneică, expiratorie, șuierătoare („wheezing"). Bolnavul este anxios, cianotic, transpirat și preferă ortopneea. La examenul toracelui se constată semne de „emfizem acut" (coborîrea bazelor și dispariția mobilității active pulmonare, hipersonoritate, expir prelungit, raluri bronșice sibilante și ronflante difuze).

• *Bronhopneumopatia cronică obstructivă acutizată* poate constitui problemă de urgență prin insuficiența respiratorie acută și/sau insuficiență cardiacă, ambele agravate de puseul acut bronșitic sau pulmonar.

Insuficiența respiratorie este declanșată de eforturi fizice, pneumopatii acute („răceli", viroze), supradozaj de barbiturice sau administrare de opiacee. Se manifestă prin semne de hipercapnie și acidoză, sindrom infecțios și/sau fenomene de decompensare cardiacă dreaptă sau globală. Evoluează adesea spre comă hipercapnică.

Insuficiența respiratorie de tip restrictiv se manifestă prin respirație superficială frecventă, și fenomene de hipoanoxie. Apare în: afecțiuni pleurale acute (pneumotorace, mai ales cel sufocant, cu supapă; hemotorace traumatic, colecții pleurale masive bilaterale, hidropneumotorace), emfizem mediastinal, afecțiuni pulmonare acute extinse, care tulbură schimburile alveolocapilare (bronhopneumonie, granulie, bronhoalveolită de deglutiție, tuberculoză miliară, pneumonie masivă, pneumonii interstițiale difuze, atelectazii întinse, rezecții pulmonare ample, infecții acute alveolare la bolnavii cu bronhopneumopatie cronică obstructivă).

• *Afecțiunile pleurale acute* cu revărsate abundente și/sau bilaterale se manifestă prin polipnee cu respirații superficiale. Dispneea nu este influențată de poziția bolnavului dar este accentuată de orice efort și se însoțește de junghi, sindrom pleural și/sau stare de șoc.

Scanned with OKEN Scanner

• *Pneumotoracele acut* se instalează după traumatisme toracice, eforturi fizice sau accese de tuse. Apare la bolnavi cu afecțiuni bronșice, pleuropulmonare sau mediastinale cunoscute sau latente: tuberculoză, bronșiectazie, emfizem, cancer bronșic sau esofagian. Insuficiența respiratorie se instalează brusc prin junghi atroce, anxietate, paloare, transpirații, stare de șoc (extremități reci, tahicardie, hipotensiune arterială). Dispneea este superficială, progresiv-asfixică. Examenul obiectiv oferă date esențiale pentru diagnostic: imobilitate toracică omonimă durerii, diminuarea sau abolirea freamătului pectoral și murmurului vezicular (silențiu respirator), hipersonoritate sau timpanism, deplasarea mediastinului. În hidropneumotorace se mai constată semnele percutorice și auscultatorice ale cavităților hidroaerice.

• În *afecțiunile pulmonare difuze*, tabloul clinic al insuficienței respiratorii se asociază cu cel al infecției acute: dispnee, cianoză, transpirații, frisoane sau frisonete repetate, febră intermitentă, tuse cu expectorații mucopurulente sau hemoptoică, adinamie, hipotensiune arterială. La examenul obiectiv se evidențiază semnele bolii de bază (pneumonie, bronhopneumonie, granulie).

Pneumonia masivă debutează adesea brusc cu frison solemn și junghi. La examenul obiectiv se constată fals sindrom pleural (prin obliterarea bronșiilor și edem pleural), spută hemoptoică, cianoză, polipnee, tahicardie.

Pneumonia cazeoasă evoluează cu același sindrom clinic obiectiv însoțit de paloare, subfebrilități, stare toxică, (adinamie, prostrație, hipotensiune arterială, tahicardie, transpirații).

Bronhopneumonia se manifestă adesea prin semne obiective pulmonare relativ sărace, discordante cu insuficiența respiratorie acută severă și starea generală alterată. Afecțiunea apare des în cursul gripei, rujeolei și/sau tusei convulsive, la bolnavi cu diabet zaharat, hepatopatii sau nefropatii cronice, carențe, stază pulmonară.

Granuliile survin mai des la bacilari cunoscuți dar nu rareori constituie o manifestare timpurie a infecției tuberculoase. Se asociază frecvent hepatosplenomegalia.

Insuficiența respiratorie acută de cauză cardiovasculară se recunoaște clinic pe baza caracterului polipneic și predominant inspirator al dispneei și evidențierea cardiopatiei în cadrul căreia aceasta apare (edem pulmonar acut, cord pulmonar acut sau subacut). Se asociază semne de insuficiență ventriculară acută stîngă sau dreaptă. Cauzele mai frecvente sînt: infarctul miocardic, embolia pulmonară, stările de șoc.

Scanned with OKEN Scanner

Insuficiența respiratorie acută determinată de afecțiuni paretice sau spastice ale mușchilor respiratori poate fi cauzată de afecțiuni parietotoracice (fracturi costale, toracoplastii întinse) sau nervoase: electrocutare, accese convulsive prelungite (stare de rău epileptic, tetanos, intoxicații cu stricnină), poliomielită, encefalită, polinevrită și poliradiculonevrite ascendente, traumatisme medulare cu hematoame sau secțiune de măduvă, intoxicație cu curara, supradozaj de miorelaxante (succinilcolină, tubocurarină), botulism, come grave (inundație ventriculară, coma morfinică, barbiturică, alcoolică), rahianestezie înaltă, narcoză profundă, hipokaliemie și hiperkaliemie severă.

Insuficiența respiratorie se manifestă prin respirații superficiale, cianoză, anxietate, agitație psihomotorie. Cînd paralizia respiratorie este totală și bruscă se instalează asfixia rapidă cu apnee și convulsii. Diagnosticul se bazează pe date anamnestice și asocierea semnelor afecțiunii cauzale.

Insuficiența respiratorie acută prin aer viciat apare în condiții accidentale sau profesionale: exces de CO_2 (camere neaerisite cu sobe fără tiraj, mină, submarin), scăderea O_2 (în condiții de altitudine, la alpiniști și aviatori), prezența gazelor străine (CO, fum, clor, acid sulfhidric, cianați), în hale de mașini, la furnale, în laboratoare și în industria chimică, peșteri. Diagnosticul este sugerat de condițiile în care este găsit bolnavul, manifestările clinice de tip hipoxic (altitudine), hipoxic și hipercapnic (mină, submarin), sau hipoxic și toxic (gaze toxice, hale de mașini, laboratoare).

• În *intoxicația cu oxid de carbon* au valoare diagnostică: colorația roz-violacee a feței, agitația, hipertensiunea arterială paroxistică și hiperpirexia.

Insuficiența respiratorie acută din afecțiuni sanguine și metabolice, care perturbă transportul și/sau utilizarea tisulară a oxigenului poate îmbrăca forme acute sau subacute. Apare în: anemii acute, blocaje ale hemoglobinei (carboxihemoglobinemie, sulf- și methemoglobinemie), intoxicații acute cu blocante ale enzimelor de oxidoreducere celulară (cianuri, anestezice, substanțe organofosforate, venin de șarpe, toxine vegetale), acidoze severe.

În anemiile severe posthemoragice instalate brusc apare apneea și prăbușirea tensiunii arteriale, fără cianoză.

Sulf- sau methemoglobinemia se manifestă prin cianoză generalizată cu nuanță cenușiu-violetă.

Pentru intoxicația cu cianuri este caracteristică apneea brutală precedată de convulsii.

Acidozele metabolice severe se manifestă prin respirație Kussmaul, semne de deshidratare globală și somnolență.

Scanned with OKEN Scanner

Conduită de urgență

În orice formă de insuficiență respiratorie acută gravă, fără etiopatogeneză cunoscută, se aplică de regulă, în urgență, unele măsuri terapeutice generale.

Controlul și asigurarea permeabilității căilor aeriene (eventuală dezobstrucție bronșică) sînt primele măsuri necesare. Cînd nu se poate realiza permeabilitatea faringolaringee se face intubare sau traheostomie.

În cazurile cu apnee sau hipoventilație severă se aplică metode de respirație artificială cu acțiune internă sau externă, urmate de oxigenoterapie.

În deprimările centrilor respiratori se asociază analeptice centrale: Micoren, Ahypnon, Nicetamid, Karion sau cofeină.

Se combat concomitent complicațiile și perturbările asociate (șoc, insuficiență cardiacă, infecții, tulburări de ritm).

Ori de cîte ori se cunosc factorii etiopatogenetici ai insuficienței respiratorii se acționează de la început prin tratament cauzal.

Cu rare excepții, bolnavii cu insuficiență respiratorie gravă se transportă cu însoțitor instruit în cel mai apropiat serviciu care dispune de posibilități de explorare și de terapie intensivă.

Examinări de urgență

Determinările concentrației gazelor sanguine (pO_2, pCO_2), a pH-ului și rezervei alcaline conferă certitudine diagnosticului, ajută la stabilirea insuficienței respiratorii și a variantei sale fiziopatologice (predominant hipoxică, hipercapnică sau asfixică) și oferă indici deosebit de utili pentru conducerea tratamentului.

Hipoxemia este confirmată prin scăderea saturației în oxigen a hemoglobinei din sîngele arterial sub 95—92%. Gradul scăderii pO_2 este relativ proporțional cu gravitatea insuficienței respiratorii. Scăderea oxigenării sîngelui arterial sub 80% este un semn de gravitate.

Hipercapnia este neobligatorie. Creșterea pCO_2 peste 45 mm Hg în sîngele venos indică hipercapnie ușoară. Valori de peste 60 mmHg constituie indice de gravitate.

În acidoză, pH-ul sîngelui scade sub 7,33 iar în alcaloza respiratorie acesta crește la valori de peste 7,48. Acidoza gazoasă se poate însoți cu hipocloremie, hiperglicemie moderată, eventuală hiperkaliemie și determină frecvent creșterea cloruriei și natremiei precum și scăderea pH-ului urinii. În alcaloza gazoasă se

Scanned with OKEN Scanner

constată hipercloremie, hipocalcemie, hipopotasemie, eventuală hiponatremie și cresc bicarbonații și fosfații urinari.

Alte explorări complementare sînt necesare pentru stabilirea diagnosticului cauzal al insuficienței respiratorii acute: radioscopie toracică (afecțiuni bronhopleuropulmonare, traumatisme toracice), electrocardiografie (boli cardiovasculare), determinarea numărului de leucocite și a formulei sanguine (infecții, boli de sistem), spectroscopie (evidențierea carboxihemoglobinei, methemoglobinei, sulfhemoglobinei), dozări de toxice (barbiturice, alcool, opiacee, substanțe organofosforate). Probele ventilatorii (CV, VEMS, debit ventilator pe minut, testul cu aludrină) oferă indicații asupra formei fiziopatologice a insuficienței respiratorii (obstructivă, restrictivă, mixtă) și a gravității acesteia.

Tratament

Măsurile terapeutice generale se individualizează și se asociază cu măsurile de tratament cauzal, patogenetic sau funcțional.

Măsurile de control și dezobstrucție laringotraheală sînt indispensabile și au prioritate.

Obstrucțiile supraglotice se controlează vizual și se combat prin împingerea anterioară și susținerea mandibulei, hiperextensia capului, utilizarea canulelor orofaringiene sau nasofaringiene, ștergerea cu tifon sau aspirația secrețiilor faringiene, tracțiunea și fixarea limbii cu mijloace improvizate sau pensă adecvată.

În cazul pierderii reflexelor laringiene se recomandă traheostomie sau intubație traheală și aspirație traheobronșică.

În spasmul glotic persistent, asociat cu areflexie laringiană se indică mai întîi evacuarea gastrică și apoi intubație prin sondă orotraheală, după anestezie superficială cu cocaină 1% și administrare de miorelaxante (papaverină, succinilcolină, tubocurarină) sau narcoză. În caz de insucces se face puncția conului laringian al traheei cervicale sau traheostomie.

Obstrucțiile subglotice se combat, în cazul bolnavului conștient, prin provocare de tuse artificială și drenaj postural. La bolnavii cu bronhoplegie și pierderea cunoștinței, se recomandă drenaj postural, eliminarea secrețiilor prin compresiune toracică, bronhoaspirație, traheostomie urmată de aspirație bronșică.

Bronhodilatația și combaterea edemului local se face prin: adrenalină, efedrină, Aludrin, Izuprel, Izoproterenol, hidrocortizon acetat (sol. 1%, 0,1—0,3 ml) în inhalații sau instilații.

Scanned with OKEN Scanner

Efecte antispumigene are alcoolul etilic (96°) în inhalații sau aerosoli. Pentru prevenirea infecțiilor se asociază antibiotice cu spectru larg (peniciline sintetice, Solvocilin, Gentamicin) în injecții i.m. sau perfuzii i.v.

Fluidifiantele secrețiilor, bronhodilatatoarele, medicația antiedematoasă, antispumigenă și antiseptică se asociază frecvent.

Fluidificarea secrețiilor se obține prin aerosoli, inhalații sau instilații de soluții izotonice de clorură de sodiu, detergenți (Alevaire, Superinon, Tacholichin), tripsină (125 mg la 5 ml solvent) streptochinază, streptodornază sau hialuronidază (5000—100.000 u).

Asigurarea ventilației sau supleerea ventilației deficitare se face prin: evacuarea eventualelor revărsate pleurale sau peritoneale, combaterea durerii toracice exacerbate de excursiile respiratorii, realizarea ventilației mecanice prin metode de respirație artificială cu acțiune internă sau externă.

Revărsatele pleurale și peritoneale se evacuează prin puncții.

Combaterea durerii toracice se face prin blocajul nervilor intercostali cu xilină sau procaină 1%. Opiaceele și petidinele se administrează cu prudență, numai în caz de dureri șocante, deoarece aceste medicamente sînt deprimante ale respirației. În traumatismele toracice se recomandă fixarea voletelor costale prin broșe și asocierea traheostomiei.

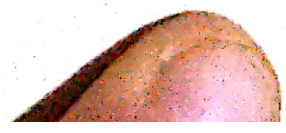
Respirația artificială este recomandată în cazurile în care mișcările respiratorii sînt absente sau ineficiente. Are, pe lîngă efectul supleativ, și efect stimulator, de restabilire a automatismului respirator. Se aplică după tehnica expusă la capitolul resuscitării respiratorii (p.).

Metodele cu acțiune externă au ca principiu realizarea aspirației și expirației ritmice a aerului prin pozițiile date cuștii toracice. Realizează o ventilație insuficientă. Sînt utilizate numai în caz de absolută necesitate. Dintre ele se preferă manevra Silvester.

Decubitul ventral are dezavantaje: dificultatea hiperextensiei capului, imposibilitatea asigurării concomitente a masajului cardiac extern și faptul că nu permite o bună supraveghere a bolnavului.

Decubitul dorsal are avantaje dar se contraindică în: înec, fracturi costale, fracturi ale oaselor centurii scapulare și ale coloanei vertebrale precum și în plăgile abdominale.

Plămînul de oțel și cuirasele pneumatice realizează ventilația prin exercitarea alternativă a unor presiuni pozitive și negative asupra întregului corp sau asupra toracelui. În caz de dotare tehnică sînt recomandate în polinevrite, poliradiculonevrite ascendente și în insuficiențele ventilatorii cronice acutizate, cîteva ore pe zi.



Scanned with OKEN Scanner

Metodele cu acțiune internă realizează ventilația prin insuflare ritmică de aer și realizarea unei presiuni toracice pozitive, intermitente: respirație artificială prin metoda gură-la-gură sau gură-la-nas, gură-la-mască și gură-la-canula faringiană. Insuflația se poate realiza în condiții bune prin mască conectată la un balon sau burduf și prin aparate mecanice automate aplicabile după intubație sau traheostomie. Cel mai fiziologic sistem îl realizează aparatele cu inspirație și respirație activă, aplicabile în condiții speciale de dotare.

Creșterea presiunii parțiale a O_2 în aerul inspirat se recomandă în toate formele de insuficiență respiratorie acută dar cu deosebire în cele predominant hipoxice (prin aer rarefiat, obstrucții ale căilor respiratorii superioare, afecțiuni pleuropulmonare și cardiace). Poate agrava insuficiențele respiratorii acute cu hipoventilație alveolară (astmul complicat, emfizemul obstructiv sever, intoxicațiile cu barbiturice, accidentele anestezice).

Condiția sine qua non a aplicării oxigenoterapiei este permeabilitatea căilor respiratorii. Oxigenoterapia este mai eficientă cînd există mișcări respiratorii spontane, dar O_2 se poate administra chiar dacă bolnavul nu respiră (oxigenare prin difuziune).

Metodele de administrare a oxigenului sînt: prin sondă nazală, mască, cort sau prin aparate de insuflare cu circuit închis. Administrarea din balon, prin canulă orală, nu este eficientă. Oxigenul trebuie umezit prin barbotare prealabilă printr-un flacon cu apă în amestec cu alcool 70—96° (5 ml alcool la 100 ml apă). Se administrează sub presiune (4—8 atmosfere), cu debit de 3—5 l/minut și în concentrație de 40—50%, în amestec cu CO_2.

În bronhopneumopatiile cronice acutizate cu hiperpnee oxigenoterapia intempestivă și necontrolată poate declanșa apneea. Semnele premonitorii ale acesteia sînt: somnolența, tahicardia, bradipneea, hipertensiunea arterială. Pentru prevenirea acestor fenomene, oxigenoterapia trebuie să fie intermitentă (3—5 minute, cu pauză de 10 minute) și controlată (ritmul respirației, starea de veghe).

Stimularea medicamentoasă a centrilor respiratori este necesară în cazul deprimării primare a acestor centri (intoxicații, leziuni nervoase) și în deprimări respiratorii secundare (activitate mecanică respiratorie epuizată, acidoză hipercapneică). Condițiile preliminare sînt: existența permeabilității conductelor respiratorii și posibilitatea mișcărilor toracice. Stimularea respiratorie este neindicată cînd tonusul centrilor respiratori este bun și mișcările respiratorii sînt ample, eficiente.

Scanned with OKEN Scanner

Se alege medicația analeptică diferențiată în raport cu modul de acțiune al medicamentului și etiopatogeneza insuficienței respiratorii.

Acțiune stimulentă centrală au: picrotoxina (0,001—0,01 g, inj. i.v.), cafeina (0,25—0,5 g, inj. i.v. sau i.m.), acidul paraclorfenoxiacetic (Lucidril, 1—2 g, inj. i.v.), benzedrina (0,01—0,1 g, inj. i.m.), piperidinometilciclohexanona (Karion, 30—60 mg, inj. i.m. sau i.v.), Nicetamid (2—3 fiole, inj. i.v. sau perfuzie). Se consideră analeptice respiratorii majore Micorenul și Ahypnonul. Micorenul nu este toxic. Se administrează doze mari (4—10 fiole a 225 mg, inj. i.v. sau perfuzii în ser glucozat 5%). Acționează prin creșterea amplitudinii respirațiilor și scăderea frecvenței acestora. Ahypnonul (Daptazol, Megimid) se indică în doze de 50—500 mg/zi, inj. i.v. sau perfuzii. Nu este un antidot specific al intoxicațiilor cu barbiturice, ci un stimulent respirator central.

Acțiune stimulentă predominantă asupra măduvei are stricnina (0,01—0,1 g, inj. s.c.). Este antidotul funcțional în intoxicațiile cu barbiturice.

Acțiune asupra chemoreceptorilor are mai ales lobelina (0,003—0,01 g, inj. i.v. sau s.c.).

Combaterea acidozei respiratorii se realizează prin corectarea hipoventilației și hipercapniei. Se asociază perfuzii cu bicarbonat de sodiu 14,5‰ (200—300 ml) și preparate de acetazolamidă (Diamox, Ederen). Acetazolamida este inhibitoare a carboanhidrazei. Scade acidoza și crește ventilația pulmonară prin sporirea eliminării CO_2, crește diureza, reduce staza pulmonară și cea cerebrală, scade presiunea l.c.r. Se administrează în doze de 5—30 mg/kilocorp/zi sub formă de tablete a 250 mg.

Prelungirea rezistenței celulare la hipoxie se realizează prin evitarea eforturilor fizice inutile, diminuarea consumului de O_2 prin hipotermie, administrare de anticonvulsivante-decontracturante, enzime (Citocrom C) și vitamine cu rol în oxidoreducere (vitamină C, vitamină B_1).

Combaterea complicațiilor și perturbărilor asociate se realizează prin tratament antișoc (vol. I, p. 14), cardiotonice cu acțiune rapidă (strofantină, Castrozid, Lanatosid C), tratamentul preventiv și curativ al infecțiilor, corectarea dezechilibrelor hidrice, electrolitice și acidobazice, terapia insuficienței renale acute asociate.

Măsurile terapeutice etiopatogenetice au eficiență maximă.

În *insuficiențele respiratorii acute apărute în condiții de aer viciat* sînt esențiale: scoaterea din mediu, respirația artificială, oxigenoterapia.

Scanned with OKEN Scanner

Procesele obstructive ale căilor aeriene necesită reasigurarea ventilației prin extragerea corpilor străini sau traheostomie cu intubație, combaterea edemului laringian reacțional prin hemisuccinat de hidrocortizon (150—300 mg inj. i.v.) și instilații locale cu efedrină sol. 1% sau adrenalină sol. 1‰, combaterea spasmului laringoglotic cu calciu gluconic (sol. 10%, 10—20 ml, inj. i.v.), sulfat de magneziu (sol. 25%, 10—20 ml, inj. i.v.) sau succinilcolină. Se administrează antibiotice pentru prevenirea infecțiilor.

În *crupul difteric* se recomandă ser antidifteric și doze mari de penicilină.

Laringitele edematoase (striduloase) se tratează cu antibiotice, antiinflamatorii nespecifice, hemisuccinat de hidrocortizon, instilații locale de simpaticomimetice, aplicații locale de căldură, traheostomie.

Spasmul laringian persistent se tratează prin injecții i.v. de calciu gluconic, sulfat de magneziu, Diazepam. Necesită uneori curarizante.

Edemele laringiene nealergice necesită asocierea dozelor mari de diuretice (Furosemid, Ederen, diuretice mercuriale).

Șocul anafilactic impune măsuri de resuscitare respiratorie, injecții s.c. cu adrenalină, hemisuccinat de hidrocortizon în perfuzii i.v., antihistaminice de sinteză în injecții i.m.

Edemul Quincke necesită tratament prin perfuzii cu hemisuccinat de hidrocortizon, injecții s.c. de efedrină (1 fiolă a 0,03 g la două ore), Romergan în inj. i.m., Clorfenoxamină per os și calciu gluconic (sol. 10%, 10 ml în inj. i.v. la trei ore interval).

Starea de rău astmatic necesită perfuzii cu hemisuccinat de hidrocortizon (200—300 mg) și oxigenoterapie controlată. În cazuri rare pot fi necesare: emisii de sînge, aspirație bronșică și ventilație mecanică.

În *edemul pulmonar acut* se asociază cardiotonice cu acțiune rapidă (strofantină, Castrozid, Lanatosid C), opiacee sau petidine (morfină, Mialgin, 1—2 ctg repetat, asociate cu atropină 0,25 mg), emisie de sînge (300—500 ml) sau ligatura alternativă, periodică a membrelor la rădăcină, Furosemid (2—4 fiole inj. i.v.), oxigenoterapie cu oxigen barbotat prin soluție alcoolizată.

Bronhopneumonia se tratează prin asociație de antibiotice (Penicilină sau Ampicilină asociate cu Streptomicină sau Gentamicină) în doze mari. Sînt frecvent necesare cardiotonicele, hemisuccinatul de hidrocortizon, oxigenoterapia. Bronhopneumonia de deglutiție necesită aspirație bronșică și ventilație asistată.

Scanned with OKEN Scanner

Revărsatele pleurale masive și/sau bilaterale se evacuează de urgență prin puncții pleurale repetate, în cantitate de 800—1000 ml/puncție.

În *pneumotoracele acut* se recomandă papaverină (0,16 g la trei ore interval), procaină 1%, morfină și, în caz de dotare corespunzătoare, se evacuează aerul prin aspiratoare cu presiune negativă.

În *infarctul pulmonar* se recomandă morfină, papaverină, fibrinolitice, anticoagulante.

În *tetanos, intoxicația cu stricnină* și cu *HIN* sînt necesare curarizantele (Flaxedil, Relaxil, Tubocurarină, Succinilcolină) și intubația traheală pentru oxigenoterapie hiperbară. În tetanos se asociază ser antitetanic și penicilină. În intoxicația cu stricnină se recomandă doze mari și repetate de fenobarbital (0,2 g la o oră interval), iar în supradozajul de HIN se indică vitamina B_6 (500—1000 mg, injecții i.v.).

În *anemiile acute severe* sînt necesare transfuzii de sînge sau de substituenți macromoleculari. Același tratament se aplică și în *hemoglobinopatiile toxice*.

În *electrocutare, come avansate* și *pareze respiratorii* se asociază respirația artificială cu analeptice respiratorii majore în doze mari. Reanimarea electrocutaților se realizează prin scoaterea și îndepărtarea accidentatului din circuit, resuscitare cardiorespiratorie, prevenirea și combaterea șocului hipovolemic și a insuficienței renale acute, depletive cerebrale, alcaline, sedative.

Intoxicația cu morfină se tratează cu Nallorphine hidroclorică (5—10 mg, inj. i.v. repetate) sau, în lipsă, cu doze mari de Megimid.

În intoxicațiile acute în general tratamentul insuficienței respiratorii se asociază cu cel antitoxic nespecific sau specific (p. 185, vol. I).

În *epilepsie* se administrează fenobarbital în injecții i.m. sau i.v.

În *eclampsie* se recomandă depletive cerebrale (glucoză hipertonică, sulfat de magneziu, Dextran—70), puncție rahidiană, miorelaxante.

Insuficiențele respiratorii acute survenite în *procesele de acutizare a bronhopneumopatiilor cronice obstructive* și în decompensările cardiace ale cordului pulmonar cronic necesită internare de urgență și tratament complex: antibiotice, bronhodilatatoare, cardiotonice, corticoterapie, acetazolamidă, analeptice respiratorii, oxigenoterapie prudentă și controlată.

Scanned with OKEN Scanner

ASTMUL BRONȘIC

Elemente de diagnostic clinic

Diagnosticul crizei de astm bronșic se bazează în primul rînd pe caracterele dispneei: bradipnee cu expir prelungit, forțat-laborios și zgomotos-șuierător („wheezing"). Faza dispneică este urmată de tuse și expectorație mucoasă, filantă sau perlată, eliberatoare.

Bolnavul este găsit în poziție șezîndă, de ortopnee, cu capul înclinat spre spate. Faciesul exprimă senzația de spaimă și de sete de aer: exoftalmie, gură întredeschisă, tegumente palide-cenușii acoperite de transpirații. Toracele apare destins, globulos, cu coastele orizontalizate și spațiile intercostale lărgite, imobilizat în atitudine de expirație. Se constată hipersonoritate predominant bazală, murmur vezicular diminuat, expirul mult prelungit, raluri sibiliante și ronflante diseminate. Bătăile inimii sînt bradicardice. Zgomotul al II-lea este accentuat în zona de auscultație a arterei pulmonare.

Criza începe de regulă brusc, survine mai frecvent noaptea la 2—3 ore după adormire sau în timpul zilei, fiind favorizată sau declanșată uneori de inhalarea de aer rece, umed și/sau viciat (praf, fum, diverse substanțe volatile), ingestia unor alimente sau medicamente, emoții, eforturi fizice, starea de distensie abdominală postprandială. Accesul astmatic este precedat rareori de unele prodroame cu caracter de aură relativ constantă pentru același bolnav: iritabilitate, rinoree, strănuturi repetate, tulburări digestive (eructații, dureri epigastrice, grețuri), anosmie, prurit. Criza are durată variabilă (1/4 oră—3 ore), se termină brusc, uneori cu poliurie și este urmată de stare de epuizare și somnolență.

Starea de rău astmatic se realizează în cazurile în care accesul de dispnee durează peste 24 ore și în acelea în care crizele de dispnee se repetă la intervale foarte scurte, timp de zile sau săptămîni. Factorii care pot favoriza apariția stării astmatice sînt: puseele acute bronșitice, stress-ul psihic, întreruperea corticoterapiei, abuzul de simpaticomimetice, persistența contactului cu alergenul. Se manifestă clinic prin fenomene de insuficiență respiratorie cu agravare progresivă: polipnee, respirații superficiale, cianoză, transpirații profuze, tahicardie, hipertensiune arterială, somnolență și uneori comă hipercapnică. Se asociază frecvent fenomene de decompensare cardiacă dreaptă, de tip subacut: turgescența jugularelor, hepatomegalie sensibilă, ritm de galop drept.

Diagnosticul diferențial este rareori necesar deoarece accesul de astm are individualitate clinică bine conturată. La copil trebuie

Scanned with OKEN Scanner

avute în vedere: stridorul laringian, corpii străini și compresiunile traheobronșice, bronșiolita și bronhopneumonia, spasmofilia. La adult criza de astm bronșic necesită uneori diferențiere de: astmul cardiac, edemul pulmonar, dispneea neurotică, pneumotoracele spontan, embolia pulmonară, bronhopneumopatiile cronice acutizate, dispneile toxice (uremie, intoxicație salicilică, acidoză diabetică), tetanie. Astmul cardiac se diferențiază pe baza următoarelor elemente clasice: polipnee predominant inspiratorie, tahicardie, raluri crepitante bazale, alte semne de insuficiență ventriculară stîngă acută (ritm de galop, puls alternant) și existența unui fond patologic cardiovascular (hipertensiune arterială, valvulopatii aortice, fibrilație atrială, infarct miocardic, miocardiopatii cronice, scleroză renală). Dispneea neurotică apare ca un fenomen patologic solitar (lipsesc alte semne pulmonare sau cardiace), are caracter de oftat sau sughiț repetat, survine mai frecvent la bolnave cu un fond neurotic evident și este declanșată de stări de tensiune afectivă.

Diagnosticul diferențial al stării astmatice trebuie făcut cu: bronhopneumonia, puseurile acute ale bronhopneumopatiilor cronice obstructive, sindroamele de compresiune mediastinală, cancerul bronhopulmonar și laringian, acidoze și come de alte origini.

Particularități clinice legate de substrat

Astmul alergic pur, primar, neinfecțios și necomplicat survine la tineri cu antecedente familiale și/sau personale alergice, are caracter sezonier și se manifestă ca un astm „uscat" (neînsoțit de bronșită), cu crize tipice de intensitate și durată variabilă, declanșate sub influența unor alergeni extrinseci, crizele fiind intercalate de perioade de acalmie respiratorie completă. În intervalul dintre crize pot apare unele manifestări considerate „echivalențe astmatice": catar oculonazal periodic (congestia conjunctivelor, obstrucție nazală urmată de rinoree seroasă abundentă), sinusită fluxionară, traheită spastică (tuse chintoasă vesperală sau nocturnă cu bronhoree consecutivă), migrenă, colică mucomembranoasă, urticarie, eczemă, edem Quincke.

Astmul infecțios, secundar este un astm „umed", însoțit de bronhobronșiolită cronică. Crizele sînt declanșate de expuneri la frig, ceață și umezeală, factori care favorizează sau declanșează catarul căilor respiratorii superioare. Poate complica, mai rar, evoluția altor afecțiuni respiratorii (tuberculoză pulmonară, bronșiectazie, simfize pleurale etc.). Se manifestă uneori ca o stare subast-

Scanned with OKEN Scanner

matică permanentă, cu hipersecreție și bronhospasm atenuat, întreținută de infecția bronșică.

Astmul nealergic și neinfecțios survine la subiecți cu accentuată amfotonie cu predominanță parasimpatică, discrinii (hipocorticism, hipertiroidism, insuficiență ovariană) și/sau spine iritative traheobronșice (vegetații adenoide, deviație de sept, cozi de cornete, hipertrofie de timus). Fondul de psihonevroză este adesea evident și crizele sînt declanșate de factori psihogeni.

Astmul cu patogeneză mixtă, bronșică și cardiacă, se manifestă prin crize de dispnee de tip expirator declanșate de eforturi fizice, mese copioase, emoții. În aceste cazuri astmul bronșic este favorizat și complică evoluția unei afecțiuni cardiovasculare însoțită de hipertensiune și stază în circulația mică: valvulopatii mitrale sau aortice, hipertensiune arterială, miocardiopatii, cardiopatii congenitale.

Astmul profesional se caracterizează prin apariția cvaziepidemică la unii profesioniști: morari, brutari, textiliști, mineri, horticultori, chimiști, tipografi, muncitori din industria lemnului și celulozei, farmaciști, personal medical. Crizele sînt precedate adesea de o perioadă de rinită spasmodică, bronșită cronică și/sau eczeme.

Astmul drogat este forma de astm bronșic tratată cronic cu doze excesive de simpaticomimetice sau glucocorticoizi.

Abuzul de simpaticomimetice modifică tabloul clinic și evoluția bolii, determinînd o stare de hipersimpaticotomie cu iritabilitate, insomnie, tremurături, astenie extremă, hipertensiune arterială, fenomene de hipertiroidism. Crizele astmatice devin din ce în ce mai frecvente și mai prelungite. Administrarea de simpaticomimetice în criză poate declanșa moarte subită prin fibrilație ventriculară.

În astmul corticodependent suprimarea sau scăderea bruscă a dozelor de glucocorticoizi declanșează crize de astm sau starea de rău astmatic.

Complicații și perturbări asociate

Insuficiența respiratorie acută survine în stările prelungite de rău astmatic și în crizele astmatice declanșate de puseuri acute de bronșiolită, fiind favorizată de asocierea emfizemului cronic obstructiv.

Insuficiența cardiacă subacută dreaptă survine în aceleași condiții, pe fondul cordului pulmonar cronic, asociindu-se și intricîndu-se patogenetic cu insuficiența respiratorie.

Scanned with OKEN Scanner

Sincopa respiratorie complică rareori crizele astmatice severe. Este favorizată sau declanșată de administrarea de medicamente deprimante centrale (barbiturice, opiacee, fenotiazine, antihistaminice de sinteză) sau oxigenoterapie necontrolată.

Pneumotoracele acut, emfizemul mediastinal și cel subcutanat sînt complicații rare. Survin la astmaticii cu emfizem bulos sau alte leziuni pleuropulmonare și sînt favorizate de eforturile de tuse.

Pneumopatiile acute cu evoluție atipică sînt frecvente la astmatici.

Bronșita cronică poate precede, însoți sau complica astmul bronșial.

Cordul pulmonar cronic și *emfizemul cronic obstructiv* complică de regulă astmul asociat cu bronhobronșiolită cronică.

Coma hipercapnică este complicația cea mai gravă a stărilor astmatice survenite la bolnavi cu infecții bronhopulmonare și decompensare cardiacă.

Conduita de urgență

Crizele de astm bronșic se tratează în condiții ambulatorii. Necesită internare de urgență cazurile care pun probleme de diagnostic diferențial și acelea în care se asociază unele complicații. Starea astmatică necesită de regulă explorări și tratament în condiții de spitalizare.

Crizele ușoare și medii se cupează în majoritatea cazurilor cu Miofilin sau sulfat de magneziu. În cazul primului acces de astm apărut la un vîrstnic sau la un adult de vîrstă mijlocie, la care nu se poate exclude cu certitudine astmul cardiac sau astmul cu patogeneză mixtă, se evită atît simpaticomimeticele cît și opiaceele, aplicîndu-se măsuri terapeutice nenocive, utile în ambele situații: emisie de sînge (200—300 ml), Miofilin (1—2 fiole a 0,24 g, inj. i.v.), strofantină sau Castrozid (o fiolă a 0,25 mg, inj. i.v.), Furosemid (1—2 fiole a 0,02 g, inj. i.v.) și oxigenoterapie.

Examinări de urgență

Pentru aprecierea gravității și controlul terapiei insuficienței respiratorii acute din stările de rău astmatic sînt necesare determinări ale pCO_2, pO_2, pH și rezervei alcaline.

Scanned with OKEN Scanner

Alte examinări (radioscopie toracică, electrocardiogramă, dozarea azotului seric, determinarea leucocitozei etc.) pot fi utile pentru diagnostic diferențial și pentru depistarea eventualelor complicații sau asocieri morbide.

Tratament

Substratul manifestărilor acute ale astmului bronșial îl constituie bronșiolostenoza difuză (spasm, edem, hipersecreție) dar etiopatogeneza bolii astmatice este în stadiul actual al cunoștințelor, incomplet cunoscută (factori alergici, infecțioși, umorali, endocrini, nervoși). Boala are evoluție variabilă, capricioasă. Terapeutul trebuie să dea dovadă de perseverență, inventivitate, discernămînt, deosebită strategie și tactică. Psihoterapia este un mijloc terapeutic important, chiar indispensabil pentru reușită.

Medicația antiastmatică cuprinde mijloace variate: spasmolitice, simpaticomimetice, anticolinergice, bronhodilatatoare care acționează prin alte mecanisme, fluidificante ale secrețiilor bronșice, sedative. Acestea trebuie cunoscute și aplicate diferențiat, deoarece există o deosebită variabilitate a răspunsului terapeutic de la un bolnav la altul și chiar și la același bolnav în cursul diverselor crize astmatice.

În crizele ușoare de astm bronșic sînt de regulă eficiente mijloacele terapeutice simple: gimnastica respiratorie cu accent pe expirație; imersia extremităților în apă fierbinte; masajul, dușurile alternative cu apă rece și caldă și/sau injectarea subcutană de aer în regiunea supraclaviculară și a cefei; aplicarea de tampon de vată îmbibat cu eter în ureche; inhalarea de vapori de camfor sau amoniac; administrarea unei cești de cafea tare.

În crizele astmatice medii și grave se aplică, în raport cu disponibilitățile medicului și reacția bolnavului:

- *teofilinetilendiamină* (Miofilin 0,24—0,5 g, în injecții lente i.v. 2—4 tablete a 0,1 g, per os 24 ore);
- *sulfat de magneziu* (sol. 25%, 10—20 ml, inj. lente i.v.);
- *cofeină Na benzoică* (1—2 fiole a 0,05 g, inj. i.v. în diluție de ser fiziologic);
- *xilină* sau *procaină* (după testare prealabilă), soluție 1%, 5—10 ml. inj. i.v. repetate;
- *kelina* (extract din planta Amni visnaga cu efect bronhodilatator și antihistaminic), o fiolă a 0,5 g în inj. i.m. și 1—2 tablete a 0,4 g per os;
- *bromură sau gluconat de calciu* sol. 10%, 10—20 ml, inj. i.v.;

Scanned with OKEN Scanner

• *atropină* (sol. 1 ‰, 1 ml.) și *papaverină* (sol. 4%, 1 ml), inj. s.c.;

• *Asmofug* (asociere de cofeină, salicilat de sodiu, teofilină și iodură de potasiu), 1—2 linguri, per os;

• *cromoglycatul disodic* (Lomudal, inj. s.c. sau tablete), eficient în astmul alergic necomplicat. Nu are efectele colaterale ale simpaticomimeticelor;

• *hemisuccinatul de hidrocortizon* 25—50 mg, inj. i.v.

În caz de ineficiență, se recurge la simpaticomimetice.

Simpaticomimeticele sînt remedii antiastmatice puternice. Trebuie avut în vedere însă faptul că sînt strict contraindicate la hipertensivi, coronarieni și hipertiroidieni, la care pot cauza morți subite. La astmatici dau obișnuință, modifică aspectul și evoluția bolii („astm drogat"), pot accentua crizele de astm („crize paradoxe") sau declanșa stări de rău astmatic. Se utilizează cu prudență și discernămînt, după încercarea altor mijloace terapeutice, în doze mici și administrări rare.

• *Simpaticomimeticele selective* (Asmopent, Alupent, Orciprenalinum, Berotec, Terbutaline, Salbutamol, Ventoline), sub formă de inhalații (5—10 aspirații), sînt preferabile deoarece sînt active în doze mici și au efecte secundare reduse.

• *Preparatele de izoproterenol* (Bronhodilatin, o tabletă a 0,01 g, administrată sublingual) au de asemenea efecte colaterale reduse.

• *Efedrina clorhidrică* (1—2 ml, din sol. 5% inj. s.c. sau o tabletă a 0,05 g) se asociază cu Fenobarbital (o tabletă a 0,1 g) sau amital (Dormital, 1—2 tablete a 0,1 g), pentru combaterea agitației și anxietății.

• *Dispezinul* (asociere de extract de lob posterior hipofizar și doze mici de adrenalină) se administrează în inj. i.m. sau s.c.

• *Adrenalina* (sol. 1‰, 1 ml. inj. s.c.) este tot mai rar folosită.

Ca *medicație adjuvantă* pot fi folosite: fluidificante ale secrețiilor și antiinflamatorii nespecifice (aspirină, Aminofenazonă, Alfachimotripsină, Bisolvon), oxigenoterapie și, în astmul infecțios sau infectat, antibiotice (se preferă tetraciclinele și Rovamicina, evitîndu-se penicilina care alergizează frecvent).

În *starea de rău astmatic*, cea mai mare eficiență o au perfuziile prelungite cu doze mari de hemisuccinat de hidrocortizon (200—1000 mg/24 ore) sau corticotrofină (ACTH 50—100 u/24 ore) în soluții alcalinizante (THAM 3,6% sau bicarbonat de sodiu 14,5%). ACTH-ul poate da accidente alergice severe, evitabile în parte prin utilizarea produsului Synactène (0,25—1 mg/24 ore). Se asociază, pe cale orală, prednison 40—60 mg/24 ore. Simpaticomimeticele sînt, de regulă, ineficiente. Alcalinizarea plasmatică acționează prin neu-

Scanned with OKEN Scanner

tralizarea CO_2, corectarea acidozei și restabilirea sensibilității bronșice la simpaticomimetice. Dozele mari de alcaline implică riscul depresiunii respiratorii.

În unele cazuri grave, rezistente la glucocorticoizi, se pot obține rezultate bune prin administrare de acid epsilonaminocaproic (EACA) și preparate de tip Trasylol, Zymofren, Iniprol, care ar acționa prin inhibarea producerii și neutralizarea bradichininelor de la nivelul mucoasei bronșice. În alte cazuri s-au obținut rezultate bune prin puncție rahidiană urmată de barbotaj al l.c.r. sau prin șoc insulinic.

Insuficiența respiratorie acută se tratează prin dezobstrucție bronșică (fluidificante ale secreției, bronhodilatatoare, aspirație), oxigenoterapie (prin sondă nazală, circuit umidificat, mască sau cort, de preferat O_2 în amestec cu CO_2 în proporție de 6/4, administrat cu debit moderat, de 4—6 l/minut), analeptice (Micorène, Karion, Ahypnon), preparate de acetazolamidă (Ederen, 4—6 tablete/24 ore) și, în cazuri de gravitate extremă, intubație traheală sau traheostomie și respirație asistată.

În *coma hipercapnică* profundă s-a utilizat, cu rezultate bune, ventilație asistată aplicată după rahianestezie și curarizare cu succinilcolină sau tubocurarină, mijloace aplicabile în servicii profilate.

Fenomenele de *insuficiență cardiacă* se combat prin strofantină sau Castrozid, diuretice, oxigenoterapie.

Edemul cerebral se tratează cu depletive (glucoză sol. 10—20%, manitol 20%, Dextran, Rheomacrodex) și saluretice (Furosemid, Ufrix).

Infecțiile bronșice și pneumopatiile asociate necesită antibioterapie.

În caz de *agitație psihomotorie și convulsii* se utilizează: bromuri, Diazepam, eventual cloralhidrat.

Sînt strict contraindicate: opiaceele, petidinele, fenotiazinele, barbituricele și antihistaminicele, pentru efectele lor deprimante respiratorii.

Prevenirea unor noi crize de astm bronșial se face prin: evitarea emoțiilor și a stărilor de tensiune afectivă, a surmenajului fizic și intelectual; evitarea contactului cu eventualii alergeni cunoscuți, a atmosferei poluate și a expunerii la frig și umezeală; regim dietetic mixt, hiposodat, cu reducerea hidrocarbonatelor și excluderea eventualelor alimente posibil alergizante (ouă, șocolată, fragi, căpșuni, conserve etc.). După stările astmatice se continuă 10—14 zile tratamentul cu prednison și antibiotice. Se pot folosi în cură de întreținere unele combinații antiastmatice: Rp: aspirină 0,5 g; teo-

Scanned with OKEN Scanner

bromină 0,15 g; papaverină 0,05 g; efedrină 0,02—0,05 g; cofein Na benzoic 0,05 g; extract de beladonă 0,03 g; codeină și dionină ăă 0,04 g; pulvis Doweri 0,1 g; Msf. pulvis pentru un praf. DS: intern, 3—5 prafuri/24 ore.

Tratamentul de fond al bolii astmatice se realizează prin tratament general, igienic și dietetic, evitarea alergenilor cunoscuți, desensibilizare specifică pe cale digestivă sau parenterală, desensibilizare nespecifică și terapie de comutare a reactivității prin: peptonă sol. 5%, Stockvaccin polivalent, PASPAT, autohemoterapie, vaccin TAB, preparate de calciu, Reticulină, hiposulfit de sodiu, săruri de aur, preparate de triamcinolon retard (Volon, Kenalog, Kenacort), corticoterapie de întreținere, climatoterapie. Se tratează discriniile asociate (foliculină, progesteron, testosteron, antitiroidiene de sinteză, vitamina E). Radioterapia (pe lanțul simpatic paravertebral, regiunea toracică sau regiunea diencefalohipofizară) și tratamentul chirurgical (simpatectomie cervicală, stelectomie bilaterală Leviche, vagotomie cervicotoracică Kümmel, intervenții stereotaxice asupra sistemului nervos central) vin în discuție numai la cazurile refractare la orice tratament.

PNEUMOTORACELE ACUT

Elemente de diagnostic clinic

Diagnosticul este sugerat de apariția bruscă a unui sindrom pleural acut caracterizat prin junghiu unilateral lancinant — sfîșietor, dispnee superficială și polipnee, tuse chintoasă și fenomene de insuficiență respiratorie acută și/sau stare de șoc. Bolnavul este palid sau cianotic, fața fiind acoperită de sudori reci. Fizionomia exprimă anxietate, determinată de durere și senzația de asfixie iminentă.

Ipoteza diagnostică devine și mai probabilă dacă sindromul s-a instalat după un traumatism toracic sau cu ocazia unui efort respirator (tuse, strigăt, strănut, efort fizic) și/sau la un bolnav cu antecedente bronhopleuropulmonare (tuberculoză, emfizem, astm bronșic, bronșiectazie, silicoză, pneumopatie acută, supurație pulmonară, empiem pleural).

Precizarea diagnosticului se face prin examen obiectiv. Hemitoracele dureros este imobilizat și uneori bombat. Se constată hipersonoritate sau timpanism cu diminuarea sau dispariția matității cardiace și/sau hepatice, abolirea sau scăderea freamătului pectoral și dispariția murmurului vezicular (silențiu respirator). Semnele de

Scanned with OKEN Scanner

hidropneumotorace (matitate bazală cu delimitare orizontală și hipersonoritate supraiacentă, sucuziune hipocratică, semnul banului) se evidențiază rareori la debut, cu excepția pneumotoracelui traumatic.

Diagnosticul diferențial se face cu pleurezie exudativă instalată brusc, pericardita acută, pneumonia masivă, infarctul miocardic, embolia pulmonară.

În caz de dubiu de diagnostic se recomandă puncție pleurală cu ac cu bizou scurt la care se adaptează o seringă umplută parțial cu ser fiziologic. În caz de pneumotorace apare aflux de bule de aer, uneori sub presiune, în seringă.

Particularități clinice legate de substrat

Pneumotoracele spontan tuberculos complică mai des leziuni corticopleuropulmonare minime, se manifestă prin tablou clinic dramatic și are evoluție benignă. Forma de pneumotorace care complică leziunile fibrocazeoase bacilare se instalează mai lent, determină manifestări clinice mai șterse și are prognostic mai grav.

Pneumotoracele spontan netuberculos apare mai frecvent la bolnavi cu chiste aeriene pulmonare, silicoză, emfizem obstructiv sau bulos, bronșită cronică și bronșiectazie, bronhopneumonie, supurații bronhopulmonare, empiem pleural. Instalarea poate fi bruscă sau progresivă, cu manifestări clinice acute sau subacute. Prognosticul trebuie apreciat în raport cu evoluția bolii de bază.

Pneumotoracele idiopatic apare la persoane tinere (18—35 ani), fără antecedente de tuberculoză sau alte afecțiuni bronhopulmonare. Debutează acut, cu tablou clinic dramatic. Se asociază uneori cu colecție pleurală bazală. Are prognostic benign.

Pneumotoracele traumatic este diagnosticat pe baza condițiilor de producere și a leziunilor asociate (fracturi costale, pneumomediastin, hemoptizie). Se asociază frecvent cu hemotorace.

Pneumotoracele cu supapă se instalează lent și se caracterizează prin evoluție progresivă spre agravare, cu asfixie.

Complicații și perturbări asociate

Insuficiența respiratorie acută este considerată, datorită frecvenței, un element al tabloului clinic. Se manifestă prin polipnee, ortopnee, cianoză, transpirații profuze, agitație psihomotorie. Poate îmbrăca forme supraacute. Gravitatea ei depinde de mărimea brеșei

Scanned with OKEN Scanner

pleurale și rapiditatea instalării pneumotoracelui, starea plămînului contralateral, reactivitatea bolnavului.

Sincopa respiratorie apare uneori de la început în cazurile grave și poate avea evoluție fatală.

Cordul pulmonar acut sau subacut (jugulare turgescente, hepatomegalie dureroasă, ritm de galop drept) apare în cazurile grave și persistente, la bolnavii cu leziuni pulmonare contralaterale.

Hidropneumotoracele și *hidropiopneumotoracele* se instalează la cîteva zile de la debut, colecția pleurală fiind de regulă moderată.

Asocierea unor *accidente ischemice coronariene* (prin reflex pleurocoronarian) agravează evoluția și prognosticul pneumotoracelui.

Conduita de urgență

Bolnavul este așezat în poziție semișezîndă. Se impune repaus complet, inclusiv repaus vocal.

Durerea șocogenă se combate cu morfină în inj. s.c. (0,01—0,02 g, repetat) sau Mialgin.

Fenomenele respiratorii și circulatorii reflexe se tratează cu papaverină (0,04—0,08 g inj. i.v.), atropină (0,025 mg inj. i.v.) procaină (sol. 1%, 5—10 ml inj. i.v.), Clorpromazină (25—50 mg inj. i.m.), oxigenoterapie (balon, cort, sondă nazală).

Puncția și exuflația pneumotoracelui este recomandată totdeauna în cazurile de pneumotorace cu supapă. Se face cu aparatul Küss (cu presiune negativă) sub control monometric, iar în lipsa acestuia, aerul se aspiră cu seringa. În cazurile de pneumotorace de gravitate medie, bine tolerat, se evită exuflația, așteptîndu-se resorbția spontană a aerului și închiderea breșei pleurale. O cantitate mică sau medie de aer are efect colapsoterapic.

Se tratează complicațiile și perturbările asociate.

Se internează în serviciu de ftiziologie sau de terapie intensivă cazurile la care diagnosticul etiopatogenetic este neprecizat/precum și cele grave și complicate, fără răspuns satisfăcător la tratamentul efectuat în urgență.

Examinări de urgență

Examenul radiografic al toracelui efectuat la patul bolnavului este util ori de cîte ori există condiții tehnice. Aduce contribuții la confirmarea diagnosticului (hiperluminozitatea hemitoracelui respec-

Scanned with OKEN Scanner

tiv în porțiunea sa externă în care lipsește desenul pulmonar și colabarea spre hil a plămînului) și precizări cu privire la existența unor complicații (hidropneumotorace) și cu privire la starea anatomică a plămînului contralateral.

Electrocardiograma este utilă pentru diagnosticul diferențial cu infarctul miocardic și precizarea unor tulburări coronariene asociate.

HEMOPTIZIA

Elemente de diagnostic clinic

Recunoașterea originii bronșice sau pulmonare a sîngelui expulzat pe gură se bazează pe faptul că hemoragia este precedată de senzația de căldură retrosternală și/sau de gîdilitură laringiană, se însoțește de tuse iritativă, iar sîngele expulzat este roșu — deschis, are aspect spumos, -aerat și este amestecat de regulă cu spută mucoasă sau purulentă.

Alte criterii de diagnostic sînt: antecedentele pulmonare sau cardiace, coexistența unor semne obiective de afectare bronhopulmonară sau cardiacă depistabile în condiții de imobilizare a bolnavului. Vin în sprijinul diagnosticului de hemoptizie: dispneea, cianoza, ralurile, sindromul pleural, sindromul de condensare pulmonară, disfonia, clacmentul de deschidere sau uruitura diastolică mitrală, accentuarea zgomotului II la bază.

Hemoptizia poate fi fulgerătoare, cu exsanguinare și asfixie consecutivă.

Hemoptiziile mari și mijlocii determină paloare, anxietate, transpirații, tahipnee, tahicardie, scăderea tensiunii arteriale. Șocul hipovolemic este rar.

Expulzarea sîngelui se repetă de regulă în prize tot mai mici în zilele următoare („coada hemoptiziei").

Diagnostic diferențial: hematemeza, epistaxisul și hemoragia de origine faringiană.

Hematemeza, spre deosebire de hemoptizie, este precedată de grețuri și dureri epigastrice, se însoțește de grețuri și vărsături, survine la bolnavi cu antecedente gastrice (ulcer peptic) sau hepatice (ciroză). Sîngele de origine digestivă este negru, macerat, amestecat cu mucus sau resturi alimentare. Hemoragia se oprește de regulă brusc.

Scanned with OKEN Scanner

Hemoragiile rinofaringiene și epistaxisul sînt diagnosticate prin examen local.

Diagnosticul cauzal al hemoptiziei este util, dar nu este indispensabil pentru aplicarea tratamentului de urgență.

Principalele afecțiuni care pot determina hemoptizii severe sînt: tuberculoza pulmonară, bronșiectazia, cancerul bronșic, traumatismele toracopulmonare și stenoza mitrală. Rareori hemoragia apare în hipertensiunea arterială (rupturi ale arteriolelor submucoase) abcesul și chistul hidatic pulmonar, sindroame hemoragipare (leucoze acute, insuficiență hepatică, intoxicații acute), teleangiectazie congenitală, gușă retrosternală (varice bronșice), periarterită nodoasă, infarct pulmonar.

Anevrismul aortic poate cauza hemoptizie fulgerătoare prin erodarea unei bronșii.

Coagularea vasculară diseminată determină uneori hemoptizii grave și prelungite.

Etiopatogeneza hemoptiziei se poate deduce adesea pe baza antecedentelor bolnavului și din contextul clinic.

Hemoptiziile aparent esențiale sînt mai frecvent de origine bronșiectatică sau tuberculoasă.

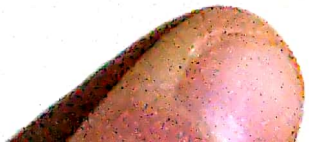
Conduita de urgență

Evoluția hemoptiziei este greu de prevăzut, motiv pentru care se recomandă în toate cazurile repaus la pat în poziție de ușoară ortopnee, îngerare de lichide reci, în cantități mici și repetate, pungă cu gheață aplicată pe regiunea sternală sau asupra zonei presupus sîngerînde. Se interzice vorbitul cu voce tare.

În hemoptiziile mari este necesară transfuzie de sînge sau de substituenți macromoleculari (Dextran-70, Macrodex) sau ligatura periodică și alternativă a membrelor (pentru scăderea întoarcerii venoase). O măsură terapeutică eficientă este realizarea unui emfizem subcutanat pe fața anterolaterală a hemitoracelui, prin introducerea a 400—600 cm^3 aer cu o seringă de 20 ml, prin ac de injectare i.m. Pneumotoracele și pneumoperitoneul poate realiza hemostaza prin colapsoterapie. Se introduc, în acest scop, 700—100 cm^3 aer în cavitatea pleurală sau peritoneală.

Tusea se combate în toate cazurile prin Codenal (2—4 tablete), Tusan (4—6 tablete) sau Calmotusin (15—20 picături la 2 ore interval). Se asociază sedative și tranchilizante.

Medicația hemostatică are eficiență îndoielnică: clorură de calciu (sol. 10%, injecții i.v., 10—20 ml), vitamina C (0,5—1 g, injecții



Scanned with OKEN Scanner

i.m. sau i.v.), Venostat, Dicynone, Coagulen, Adrenostazin (2—4 fiole/zi). Se obțin uneori efecte bune prin injecții i.v. de clorură de sodiu (sol. 10—20%, 20—30 ml) sau ingerare de sare (1—2 linguri de sare la un pahar cu apă).

Spitalizarea este necesară în toate cazurile de hemoptizii medii și mari precum și în acelea în care diagnosticul etiologic nu este precizat.

În cazuri extreme este necesară toracotomia de urgență pentru ligatura sau sutura vasului lezat.

Examinări de urgență

Examenul sîngelui expulzat este util pentru diferențierea hemoptiziei de hematemeză. Sîngele de proveniență bronhopulmonară are reacție alcalină și conține celule epiteliale, filamente de mucus și microbi.

Examenul radiologic toracic efectuat la patul bolnavului poate fi decisiv pentru diagnosticul etiologic.

Gravitatea hemoragiei apreciată pe baza datelor clinice (puls, T.A.), se confirmă prin evidențierea *semnelor umorale de anemie acută și hemodiluție* (scăderea numărului de hematii, a hematocritului și hemoglobinemiei).

Leucocitoza poate indica o infecție bronhopulmonară acută sau leucemia.

Tratament

Oprirea hemoragiei și evitarea recidivelor se realizează prin măsuri generale (imobilizare, dietă hidrică), calmante ale tusei, hemostatice, transfuzie de sînge.

Tratamentul general și cel hemostatic se completează cu tratament etiologic. Administrarea tuberculostaticelor și a antibioticelor nu are caracter de urgență. În stenoza mitrală se recomandă ligatura alternativă și periodică a membrelor.

Tratamentul chirurgical este indicat uneori de urgență: traumatisme toracopulmonare, eroziuni arteriale, varice bronșice, chist hidatic, tuberculoză pulmonară, cancer bronșic.

Terapia hemoptiziilor din sindroamele hemoragipare se face prin transfuzii de sînge și mijloace terapeutice etiopatogenetice.

Scanned with OKEN Scanner

URGENȚE CARDIOVASCULARE

EDEMUL PULMONAR

Elemente de diagnostic clinic

Edemul pulmonar acut se caracterizează prin dispnee pronunțată, ortopnee, cianoză (mai ales dacă criza este prelungită), tuse cu expectorație albă sau rozacee, abundentă, transpirații reci, raluri subcrepitante, la început la baze, apoi pe întreaga suprafață a toracelui. Zgomotele produse de prezența lichidului în bronșii se pot auzi la distanță.

Diagnostic diferențial: pneumonii, bronhopneumonie, embolie pulmonară, pneumotorace spontan, astm bronșial, insuficiență respiratorie de diverse etiologii.

Particularități clinice legate de substrat

Edemul pulmonar de origine cardiacă, datorit creșterii presiunii capilare pulmonare, survine în insuficiența inimii stîngi:

- *Insuficiența ventriculară stîngă*, cauza cea mai frecventă a edemului pulmonar, apare în diverse boli care se repercută asupra inimii stîngi (valvulopatii aortice, hipertensiune arterială, cardiopatie ischemică, cardiomiopatii de diverse etiologii).

Edemul pulmonar survine în special în timpul nopții sau în timpul zilei după somn, precedat de cele mai multe ori de o fază de dispnee fără exsudat alveolar. La nivelul aparatului cardiovascular, pe lîngă semnele bolii de bază, se poate constata ritm de galop, accentuarea zgomotului II, suflu sistolic prin insuficiență mitrală relativă, puls alternant. De cele mai multe ori tensiunea arterială este crescută; creșterile sînt evidente mai ales la pacienții hipertensivi. Scăderea tensiunii arteriale în timpul edemului pulmonar, înainte de administrarea tratamentului, pune problema unui infarct miocardic. Această posibilitate trebuie avută în vedere și în edemul pulmonar fără o cauză aparentă.

Insuficiența ventriculară stîngă poate fi declanșată de tulburări paroxistice de ritm, creșteri paroxistice ale tensiunii arteriale, in-

Scanned with OKEN Scanner

fecții intercurente, efort fizic sau stări de încordare, act sexual, perfuzii-transfuzii în cantitate mare etc.

• *Edemul pulmonar din stenoza mitrală* (insuficiența atrială stîngă) survine mai ales după eforturi fizice, în timpul intervențiilor chirurgicale sau nașterilor, după digitalizare rapidă. Apariția lui poate fi favorizată de tulburări de ritm, administrare de lichide saline, infecții, embolii pulmonare, anemii acute, perioada premenstruală.

Edemul pulmonar de origine extracardiacă poate fi produs de numeroase boli sau condiții patologice care interesează unul sau mai multe din mecanismele implicate în patogeneza edemului pulmonar:

• *Creșterea presiunii capilare pulmonare,* în: perfuzii cu soluții saline sau transfuzii de sînge, boli venoase pulmonare cu flux sanguin pulmonar crescut;

• *Alterarea permeabilității membranei alveolocapilare,* în: infecții acute, pneumonia de aspirație, postînec, după inhalație de gaze toxice (clor, brom, sulf, benzen, CO_2, amoniac, organofosforice, fosgen, ozon, oxizi de azot, fum etc.), uremie, pneumonia de iradiere, sindroame de insuficiență pulmonară posttraumatică, după ventilație prelungită cu presiune pozitivă, ca reacție la substanțe vasoactive (histamina, prostaglandine, kinine), prin coagulopatie intravasculară diseminată (malarie, boli ale complexelor imune postinfecțioase), șocul caloric, eclampsie, embolia cu lichid amniotic, ca reacție imunologică la medicamente (sulfonamide, hidralazine, hexametoniu, nitrofurantoin etc.);

• *Scăderea presiunii oncotice,* în: hipoalbuminemii produse de boli renale, hepatice, enteropatii cu pierdere de proteine, sindrom de malabsorbție;,

• *Creșterea presiunii negative interstițiale,* ca urmare a evacuării rapide a unei colecții pleurale mari sau a unui pneumotorace masiv (edem „ex vacuo");

• *Mecanisme complexe,* insuficient cunoscute, în: ascensiuni rapide la peste 6000 m altitudine, urmate imediat de efort fizic, edem pulmonar neurogenic (după hemoragii cerebrale, tumori cerebrale, traumatisme cerebrale), supradozaj de narcotice (heroină), după cardioversie, după anestezie.

Conduita de urgență

Tratamentul, ori de cîte ori este posibil, se aplică la domiciliu sau la locul unde se găsește bolnavul. În cazul edemului pulmonar de origine cardiacă se administrează morfină, se face emisie, se in-

Scanned with OKEN Scanner

jectează un cardiotonic cu acțiune rapidă (strofantină) și un diuretic cu acțiune rapidă (furosemid sau acid etacrinic). Internarea de urgență este obligatorie dacă criza nu a cedat prompt, dacă boala de bază sau condiția declanșantă nu este evidentă sau dacă nu se poate face tratamentul acesteia la domiciliu (infarct miocardic, embolie pulmonară, tulburări de ritm, hipertensiuni severe etc.). În situația în care medicul vede întîmplător bolnavul și nu dispune de mijloacele de tratament necesare, poate aplica „emisia albă" sau poate face venesecție cu o lamă de ras, bisturiu etc. Se administrează orice sedativ ce poate fi găsit la bolnav sau la anturaj, iar în lipsa acestuia, alcool.

În edemul pulmonar de origine extracardiacă, măsurile de prim ajutor se adresează condițiilor etiologice (scoatere din mediul toxic, antidot, în caz de intoxicații, antibiotice, în infecții grave etc.); se așează bolnavul într-o poziție care să favorizeze respirația, la nevoie respirație artificială, intubație cu aspirație. Dacă este posibil, se face oxigenoterapie. Nu se administrează morfină, cardiotonice, diuretice; nu se face emisie. Internarea este necesară în cele mai multe cazuri.

Examinări de urgență

Sînt necesare numai atunci cînd boala de bază sau condițiile declanșante nu pot fi elucidate clinic.

Radioscopia toracică poate pune în evidență diverse aspecte datorite stazei venoase și transsudării de lichid în interstițiu și alveole: cîmpuri pulmonare voalate, opacități de intensitate și mărime variabile, cu contur flu, mai accentuate în apropierea hililor, false imagini bronhopneumonice, umbre mari „în aripi de fluture", umbre lineare (benzile lui Kerley) în cîmpurile pulmonare inferioare și mijlocii.

Examenul radiologic poate oferi și informații asupra bolii de bază. În edemul pulmonar de origine cardiacă, cordul este de regulă mărit, conformația acestuia permițînd recunoașterea cardiopatiei cauzale. În edemul pulmonar de origine extracardiacă, radioscopia toracică poate fi utilă în unele forme etiologice (embolia pulmonară, pneumopatii acute etc.).

Electrocardiograma poate confirma sau exclude o cardiopatie (infarct miocardic, cord pulmonar acut, tulburări de ritm etc.).

Alte examinări sînt necesare uneori pentru depistarea factorilor declanșanți (hiperhidratare, anemii severe, hipoalbuminemie, intoxi-

Scanned with OKEN Scanner

cații etc.) și a tulburărilor consecutive edemului pulmonar sau asociate acestuia (stare de șoc, insuficiența respiratorie, acidoza metabolică etc.).

Tratamentul edemului pulmonar de origine cardiacă

Bolnavul se așează în poziție semișezîndă, pe un scaun sau pe marginea patului, cu picioarele atîrnînd.

Morfina, în doză de 0,01—0,02 g, se administrează intramuscular sau intravenos, asociată cu atropina 0,4—0,6 mg, dacă tahicardia nu este prea mare. Morfina este contraindicată în prezența stării de șoc, în accidentele vasculare cerebrale și în bronhopneumopatiile cronice obstructive.

Emisia de sînge trebuie să fie de cel puțin 350 ml. Dacă puncția venei nu este posibilă, se face „emisie albă", prin aplicarea de garouri la rădăcina membrelor; inițial se leagă trei membre, fără însă a suprima circulația arterială; la fiecare 10 minute se scoate succesiv cîte un garou și se aplică pe membrul liber.

Digitalizarea rapidă se face cu preparate digitalice, administrate pe cale intravenoasă:

- *Strofantina:* 0,25 mg (1 fiolă) i.v.; la nevoie se poate repeta doza la 1—2 ore.
- *Lanatozid C:* 0,40 mg (1 fiolă) i.v.; se poate repeta administrarea preparatului la 2—4 ore, pînă la doza totală de 1,2 mg/24 ore.
- *Digoxin:* 0,5 mg (1 fiolă); se repetă injectarea a 0,25 mg i.v. la 2—4 ore, pînă la doza totală de 1,25 mg/24 ore.
- *Nidacil:* 0,2—0,4 mg (1 fiolă = 0,2 mg) i.v., repetat, 6—8 fiole pe zi.

Ca *diuretice cu acțiune rapidă* se utilizează: furosemid, 20—80 mg (1 fiolă = 20 mg) i.v., sau acid etacrinic, 50 mg în 50 ml glucoză 5% i.v. în cîteva minute.

Oxigenul se aplică de preferință sub presiune pozitivă, barbotat prin alcool 40—50%.

Tratamentul factorilor etiologici vizează infarctul miocardic, tulburările de ritm, hipertensiunea arterială, infecția, embolia pulmonară etc.

Tratamentul edemului pulmonar de origine extracardiacă

Măsuri generale, comune tuturor formelor etiologice:

- oxigen sub presiune, barbotat prin alcool;

Scanned with OKEN Scanner

• aspirație bronșică, la nevoie intubație sau traheotomie, cu aspirație și respirație asistată;
• corectarea echilibrului acidobazic;
• nu se administrează morfină.

Tratamentul specific se adresează bolii de bază (intoxicații, infecții, insuficiență renală etc.) sau mecanismelor implicate în producerea edemului pulmonar (alterarea permeabilității membranei alveolocapilare, procese imunologice, coagulare intravasculară diseminată etc.).

• *Hemisuccinatul de hidrocortizon,* 200—800 mg în 150 ml glucoză 5% (perfuzie lentă), are indicație în toate cazurile în care edemul pulmonar este datorit alterării permeabilității membranei alveolocapilare (infecții, intoxicații, procese imunoalergice, înec etc.).

• *Antibioterapia* are indicație majoră în edemul pulmonar de origine infecțioasă; se vor da doze mari, adaptate germenului în cauză. Pentru prevenirea infecțiilor bronhopulmonare, se recomandă și în alte forme etiologice (intoxicații, înec, accidente vasculare cerebrale, uremie etc.).

• *Emisia de sînge și diureticele* sînt utile în edemul pulmonar din procesele cerebrale care evoluează cu hipertensiune intracraniană și în edemul pulmonar din înecul cu apă dulce. Sînt contraindicate în înecul cu apă de mare. Nu sînt eficiente în hiperhidratarea din insuficiența renală acută.

• *Epurația extrarenală* poate rezolva edemul pulmonar datorit hiperhidratării în oligoanurii.

• *Heparina și perfuziile cu Dextran-40* au indicație în edemul pulmonar datorit procesului de coagulare intravasculară diseminată.

TULBURĂRILE DE RITM

EXTRASISTOLELE

Elemente de diagnostic clinic

Manifestările clinice subiective lipsesc uneori. Examenul obiectiv le poate releva sub forma unor bătăi premature, urmate sau nu de pauză compensatorie, pe fondul unui ritm de bază regulat. Alteori, extrasistolele sînt percepute de bolnav ca o senzație de bătaie anormală, de poticnire sau de oprire a inimii, însoțită de anxietate,

Scanned with OKEN Scanner

constricție, înțepătură. Mai rar, atunci cînd sînt frecvente, provoacă ameteli, grețuri, dispnee, paloare, transpirații, lipotimii.

Diagnostic diferențial: fibrilația atrială, flutter atrial cu blocaj neregulat.

Particularități clinice legate de substrat

Extrasistolele fără cauză organică survin în special la tineri, în repaus, după culcare (favorizate de bradicardie) și dispar la efort odată cu creșterea frecvenței cardiace. Apariția lor poate fi legată de emoții, încordări nervoase, surmenaj, fumat excesiv, abuz de cafea etc.

Extrasistolele cu substrat organic survin în diverse cardiopatii acute sau cronice. Sînt prezente simptomele bolii de bază (valvulopatii reumatice, cardiopatia ischemică, infarctul miocardic, miocardita acută etc.) sau se relevă condiția care le-a favorizat apariția (supradozaj digitalic, hipoxie, tulburări electrolitice, intoxicații, cateterism cardiac, intervenții chirurgicale etc.). Apariția extrasistolelor după efort, frecvența mare a acestora, survenirea lor „în salve" sau pe lîngă o frecvență cardiacă relativ crescută, atrag atenția asupra susbtratului organic. Pot precede aritmii mai grave (fibrilația atrială, tahicardia ventriculară, fibrilația ventriculară).

Conduita de urgență

Extrasistolele fără substrat organic nu constituie urgențe. Se tratează ambulator, atunci cînd manifestările clinice sînt supărătoare.

În extrasistolele care survin la bolnavi cu cardiopatii organice cunoscute sau cu caracterele descrise (apar la efort, sînt frecvente, bigeminate sau „în salve") se impune întotdeauna efectuarea electrocardiogramei, care aduce elemente în plus pentru interpretarea semnificației lor și pentru aprecierea necesității unui tratament de urgență.

Internarea de la început se recomandă în leziuni miocardice severe (miocardită acută, infarct miocardic) și în supradozajul digitalic, ținînd seama de semnificația prognostică a extrasistolelor în aceste situații (pot precede aritmii mai grave).

Măsurile imediate vizează în special boala de bază. Dacă extrasistolele sînt frecvente se injectează 50—100 mg xilină intravenos, a cărei eficiență acoperă aproximativ 20 minute.

Scanned with OKEN Scanner

Examinări de urgență

Electrocardiograma poate înregistra:

• *Extrasistole atriale* — undă P mai precoce, diferită de unda P sinusală; complexul QRS nu diferă de cel al ritmului de bază, lipsește de regulă pauza compensatorie.

Sînt mai puțin grave; nu au importanță decît în măsura în care pot preceda aritmii mai grave. Nu necesită tratament deosebit.

• *Extrasistolele joncționale* — unde P inversate, care preced, se suprapun sau urmează complexul QRS. Nu au semnificație prognostică gravă, nu necesită tratament.

• *Extrasistolele ventriculare* nu sînt precedate de unde P, complexul ventricular este lărgit, deformat, direcția undei T este opusă celei a complexului QRS; sînt urmate de pauză compensatorie.

Extrasistolele ventriculare pot precede tahicardia ventriculară și fibrilația ventriculară. Această evoluție se observă mai rar dacă extrasistolele sînt rare. Riscul este mai mare dacă sînt frecvente, „în salve", dacă sînt politope și apar precoce (R înainte de sfîrșitul undei T a complexului precedent).

Alte examinări pot fi necesare pentru boala de bază.

Tratament

În *extrasistolele fără cauză organică* se administrează sedative (bromuri, Extraveral, meprobamat, Diazepam, Hidroxizin etc.) și se elimină factorii care le declanșează sau le întrețin. Preparatele pe bază de belladonă (Fobenal, Lizadon) pot fi administrate la bolnavii cu bradicardie sau cu alte semne de vagotonie. În unele forme de sindroame hiperkinetice, rezultate bune se obțin cu betablocante adrenergice (propranolol, Distonocalm).

Extrasistolele de cauză organică se pot combate cu medicația antiaritmică.

Chinidina este mai activă în extrasistolele atriale. După prealabilă testare a toleranței, se administrează 0,20—0,30 g, de 3—4 ori pe zi, timp de 1—2 săptămîni, apoi se continuă cu o doză de întreținere de 0,10—0,20 g/zi.

Xilina se administrează în extrasistolele ventriculare, mai ales în infarctul miocardic. În această situație, la început se injectează i.v., timp de 2 minute, 50—100 mg (5—10 ml din soluția 1%), apoi se instituie o perfuzie lentă: din soluția de 500 ml glucoză 5%, la care s-a adăugat 1—2 g xilină, se perfuzează 1—2 mg/minut, pînă

Scanned with OKEN Scanner

la doza totală de 1—2 g/24 ore. Perfuzia se menține 1—2 zile (sau mai mult timp la nevoie). Dacă se obțin rezultate, se continuă tratamentul de întreținere cu procainamidă oral. Dacă tulburarea de ritm se menține după administrarea xilinei, se schimbă medicamentul cu procainamidă sau propranolol.

• *Procainamida*, mai activă în extrasistolele ventriculare, se administrează la început în injecție intravenoasă lentă (100 mg/minut) pînă la doza totală de 1 g. Din minut în minut se controlează tensiunea arterială și electrocardiograma. Dacă tensiunea arterială scade sub 90 mm Hg sau complexul QRS se lărgește cu 25% se oprește injecția. După ce tensiunea arterială revine la normal, spontan sau după administrare de metaraminol (2 mg), se poate relua tratamentul cu aceleași precauții. În caz de apariție a ritmului sinusal se trece la medicația per os sau intramuscular, 500—750 mg la 4 ore. Dacă tulburarea de ritm nu a cedat, se încearcă propranololul sau fenitoina.

• *Propranololul* poate suprima extrasistolele, atît cele atriale cît și cele ventriculare. Inconvenientul preparatului constă în faptul că poate produce bradicardie excesivă, hipotensiune arterială, spasm bronșic sau agravează blocul atrioventricular și insuficiența cardiacă. Este periculos în administrare intravenoasă, cale ce trebuie rezervată maximei urgențe, fără a depăși 5 mg (0,5 mg/minut). Pentru prevenirea efectelor colaterale se administrează atropină (0,50—1 mg i.v.). Per os, doza de propranolol este de 40—60 mg/24 ore.

• *Practololul* este eficient mai ales în extrasistolele atriale, uneori și în cele ventriculare. Nu antrenează insuficiență cardiacă, spasm bronșic sau hipotensiune. Se administrează i.v., 10—40 mg; per os, 200—300 mg.

• *Fenitoina* are eficacitate moderată în extrasistolele atriale și ventriculare; este utilizată în special atunci cînd acestea sînt datorite supradozajului digitalic. Se poate administra direct intravenos pînă la doza de 300 mg, în injecție lentă (25—50 mg/minut), sau în perfuzie 5 mg/kilocorp, în glucoză 5%, 20—50 mg/minut. Per os: 300—600 mg/zi (3—6 capsule); i.m.: 100—150 mg la 6—8 ore.

• *Atropina* este uneori utilă pentru corectarea hipervagotoniei și a bradicardiei consecutive. Se administrează i.v. (0,50—1 mg) subcutanat sau intramuscular.

Tratamentul etiologic vizează boala de bază (infarctul miocardic, miocardita acută, hipertiroidismul, reumatismul Bouillaud — Sokolski etc.) și factorii declanșanți sau agravanți (supradozajul digitalic, hipopotasemia, intoxicațiile, infecțiile de focar etc.).

Scanned with OKEN Scanner

Elemente de diagnostic clinic

Debutul este brusc, cu palpitații, anxietate, astenie, uneori dureri precordiale, transpirații, ameţeli, vîjîituri în urechi, tulburări dispeptice (meteorism, eructații, greţuri şi vărsături, hipersalivație). Sfîrşitul crizei este de regulă brusc, adesea urmat de poliurie.

Frecvența cardiacă este de 140—200/minut, cu ritm perfect regulat. Nu se constată variațiuni în intensitatea zgomotului I.

Compresiunea sinusului carotidian, ca şi alte metode de stimulare vagală, poate duce la încetarea bruscă a crizei.

Condiții de apariție: schimbare de poziție, emoții, ingerare de alcool, surmenaj, efort, tulburări digestive etc.

Diagnostic diferențial: tahicardie sinusală, flutter atrial, tahicardie paroxistică supraventriculară.

Particularități clinice legate de substrat

Tahicardia paroxistică supraventriculară poate surveni în absența unei cardiopatii organice. Adesea însă examenul clinic relevă prezența cardiopatiei (valvulopatie reumatică, infarct miocardic, defect de sept atrial, cardiomiopatie hipertiroidiană, miocardită acută etc.) sau a condiției favorizante (supradozaj digitalic, tulburări hidroelectrolitice, cateterism cardiac, intervenții chirurgicale pe cord etc.). Crizele repetate pun problema unui sindrom WPW.

Complicații

Insuficiența cardiacă complică evoluția tahicardiei paroxistice cu frecvență mare (peste 180/minut) şi de durată mai lungă, mai ales la vîrstnici şi la pacienți cu cardiopatii organice. Se poate manifesta prin dispnee, tuse, edem pulmonar, hepatomegalie sensibilă.

Şocul cardiogen apare ca o consecință a scăderii debitului cardiac în tahicardiile cu frecvență mare.

Sincopa şi *sindromul Adams-Stockes* sînt datorite ischemiei cerebrale.

Scanned with OKEN Scanner

Conduita de urgență

Tahicardia paroxistică supraventriculară poate fi tratată la domiciliu, dacă diagnosticul se poate preciza de la început (tablou clinic tipic, crize similare în antecedente) și nu sînt prezente complicațiile. Dacă bolnavul are o cardiopatie organică, chiar compensată, sau este în vîrstă și nu se reușește cuparea crizei după primele tentative (stimulare vagală, digitalizare) în 1—2 ore, se recomandă internarea. Prezența tulburărilor severe (insuficiență cardiacă, stare de șoc, ischemie cerebrală, angină pectorală, infarct miocardic) impune internarea de la început, nu înainte însă de a institui primele măsuri terapeutice la domiciliu. Dacă este vorba de primul atac, la un bolnav cu cardiopatie organică preexistentă, și nu se poate preciza originea supraventriculară sau ventriculară a tahicardiei, este preferabilă internarea.

Examinări de urgență

În cazurile tipice sau în cazurile în care diagnosticul a fost stabilit anterior, electrocardiograma nu este indispensabilă. Dacă însă nu se poate face diagnosticul diferențial clinic cu flutterul atrial și cu tahicardia paroxistică ventriculară sau se presupune (datorită durerilor precordiale) prezența unui infarct miocardic, examinarea devine necesară.

Electrocardiograma înregistrează complexe ventriculare cu succesiune rapidă, regulată, de aspect normal. Lărgirea complexului QRS poate însă apare în crizele prelungite, cu frecvență mare; tulburările de conducere intraventriculare, datorite aritmiei sau preexistente acesteia, pun problema diagnosticului diferențial cu tahicardia paroxistică ventriculară, mai ales atunci cînd undele P nu se pot distinge pe electrocardiogramă.

În crizele prelungite se pot produce subdenivelări ale segmentului ST și aplatizări sau negativări ale undei T. Aspectul undei T poate fi modificat și prin fuzionarea acesteia cu unda P.

Atunci cînd undele P sînt vizibile, aspectul lor (pozitive sau negative) și poziția lor față de complexul QRS (înainte sau după complex) indică originea centrului ectopic.

Electrocardiograma poate evidenția prezența modificărilor caracteristice ale sindromului de preexcitație ventriculară (intervalul PR scurtat, complex QRS începînd de pe ramura descendentă a undei P, undă delta), care se asociază frecvent cu tahicardia paroxistică supraventriculară.

Scanned with OKEN Scanner

În tahicardia paroxistică supraventriculară cu bloc a.v. (care apare în supradozajul digitalic, cardiopatii organice grave, hipopotasemie), electrocardiograma înregistrează tulburări de conducere atrioventriculare (perioade Wenkebach, bloc 2/1, 3/1 sau total, uneori variabil).

Alte examinări de urgență pot fi necesare pentru depistarea factorilor etiologici (tulburări electrolitice, infecții etc.) sau pentru complicații (stare de șoc).

Tratament

La început se încearcă oprirea crizei prin *manevre de stimulare vagală:* compresiunea sinusului carotidian, compresiunea globilor oculari, manevra Valsalva (expirație forțată cu glota închisă după o inspirație rapidă), manevra Müller (inspirație cu glota închisă după o expirație forțată), umflarea unui balon, iritarea mecanică a faringelui (înghițirea unui bol alimentar solid) sau provocarea vărsăturilor. Uneori, simpla schimbare a poziției sau extensia forțată a capului poate opri atacul.

Compresiunea sinusului carotidian. Bolnavul este plasat în poziție semișezîndă cu capul întors într-o parte. Se comprimă cu 2—3 degete sinusul carotidian, aflat sub unghiul mandibulei, timp de 10—20 secunde. Se începe cu sinusul carotidian drept; dacă tahicardia nu cedează, după 2—3 minute se comprimă sinusul contralateral. Compresiunea nu se aplică niciodată simultan (pericol de sincopă). În timpul manevrei se urmărește, auscultatoric sau electrocardiografic, ritmul cardiac. Oprirea crizei se obține în aproximativ 2/3 din cazuri. Accidentele grave sînt rare, dar posibile mai ales la vîrstnici: stopul cardiac, accidentele vasculare cerebrale (prin scăderea irigației cerebrale sau prin embol mobilizat de la nivelul unei plăci ateromatoase).

Compresiunea globilor oculari se aplică suborbital (nu pe cornee), bilateral, simultan, timp de 20—30 secunde. Este mai puțin eficientă decît compresiunea sinusului carotidian. În afară de aceasta este neplăcută sau chiar dureroasă pentru bolnav. Poate provoca deslipirea retinei. Manevra este contraindicată la bolnavii cu retinopatii sau miopie.

Dacă manevrele vagale nu au fost eficiente, se instituie *terapia medicamentoasă.* Ordinea în care se recomandă aplicarea diverselor medicamente nu este aceeași după toți autorii. Majoritatea consideră că, la început, atunci cînd aritmia nu se datorește supradozajului

Scanned with OKEN Scanner

digitalic, este preferabilă administrarea unui preparat digitalic. În practică, adesea, în alegerea medicației trebuie să se țină seama de preparatul aflat la îndemînă sau de precauțiunile impuse de utilizarea unor medicamente, mai ales în condiții ambulatorii. Unii bolnavi cu crize repetate de tahicardie paroxistică, avînd în vedere observațiile proprii, pot indica ei înșiși preparatul care le cupează mai prompt atacul.

Alegerea unui anumit preparat și durata intervalului de timp în care se poate aștepta cedarea crizei, continuînd aplicarea aceluiași mijloc de tratament, nu depinde numai de medicamentul utilizat (acțiune farmacodinamică, efecte colaterale, toxicitate, contraindicații), ci și de gravitatea tulburărilor datorite fie aritmiei, fie cardiopatiei de bază.

Preparatele de digitală se administrează intravenos, în dozajul corespunzător digitalizării rapide.

Inițial se injectează i.v. Lanatozid C 0,40—0,80 mg (1 fiolă = 0,40 mg) sau Digoxin 0,50 — 1 mg (1 fiolă = 0,50 mg). De regulă, criza cedează după prima doză, în prima oră. Dacă nu cedează, se poate aplica din nou compresiunea sinusului carotidian și apoi se repetă administrarea preparatului digitalic (1 fiolă la 2—4 ore). Cele două procedee pot fi aplicate de mai multe ori alternativ, pînă la oprirea crizei, ținînd însă seama de doza maximă a medicamentului pe 24 ore (Lanatozid C — 1,60 mg, Digoxin — 1,5 mg). Atunci cînd criza nu cedează, se recurge la betablocante sau chinidină.

Propranololul, betablocant adrenergic, se administrează i.v. 1—5 mg (1 fiolă = 5 mg), lent (1 mg/minut). Dacă tahicardia persistă, se poate repeta doza de 1—3 mg după două minute. În cazul în care criza nu cedează, nu se mai administrează propranolol cel puțin timp de 4 ore. Este contraindicat în insuficiența cardiacă. Poate fi utilizat și la bolnavii cu tahicardie paroxistică supraventriculară datorită supradozajului digitalic. Injectarea preparatului se face sub controlul continuu al tensiunii arteriale și al pulsului. Efectul bradicardizant poate fi prevenit sau combătut cu atropină 0,50 — 1 mg i.v.

Practololul, alt blocant betaadrenergic, se administrează în doză de 10—40 mg i.v. (Sînt indicii că va fi scos din uz, din cauza efectelor secundare).

Chinidina se utilizează în cazul în care manevrele vagale digitalicele sau betablocanții nu au fost eficiente. După testarea prealabilă a toleranței cu 0,20 g, se administrează per os 0,20—0,40 g, la interval de 2—4 ore, pînă la șase doze pe zi. Chinidina poate

Scanned with OKEN Scanner

fi utilă în prevenirea crizelor, în cazurile la care acestea sînt frecvente și supărătoare (0,20 g de 3—4 ori pe zi).

Procainamida este mai puțin eficientă în tahicardia paroxistică supraventriculară. Se poate administra în caz de eșec al medicației menționate anterior, în doză inițială de 500 mg i.m., repetată eventual la două ore, sau 200—400 mg i.v. (100 mg/minut). Per os, în doza de 1 g/zi (4 capsule a 250 mg), se utilizează mai ales după digitalizare, pentru prevenirea recidivelor.

Medicația vasopresoare poate opri criza prin creșterea tensiunii arteriale și excitarea consecutivă a sinusului carotidian și aortic, cu declanșarea unui reflex vagal. Nu se indică la bolnavii cu hipertensiune arterială, cu boli cardiace severe sau hipertiroidism.

- *Noradrenalina* (Norartrinal, Norepinefrină): 8—16 mg în 1000 ml glucoză 5%, perfuzie lentă, 20—40 picături pe minut.
- *Metaraminolul* (Aramina): 20—100 mg în 500 ml glucoză 5%, perfuzie lentă (0,5—1 ml/minut) sau 0,2—1 ml i.m.
- *Methoxamina hidroclorică* (Vasoxil): 5—10 mg i.v. lent, sub monitorizare electrocardiografică și a tensiunii arteriale, sau 10—20 mg i.m.
- *Fenilefrina* (Neosynephrina): 1,5—2 mg i.v. în 2—3′, 10 mg în 500 ml glucoză 5% în perfuzie lentă, 15—20 mg i.m. sau 20—50 mg per os.

Medicația parasimpaticomimetică (inhibitori ai colinesterazei) are uneori rezultate bune:

- *Tensilon* (edrophonium chloride): 5—10 mg i.v.
- *Prostigmina* (Miostin, neostigminā, Neoeserin): 0,5—1 mg s.c.

Sedativele constituie o terapie adjuvantă deosebit de utilă în oprirea sau prevenirea crizelor, care se administrează de la început paralel cu celelalte mijloace terapeutice.

- *Diazepam:* 5—10 mg per os sau 1 fiolă i.m.
- *Hidroxizin:* 1—2 fiole/zi, i.v. sau i.m.
- *Fenobarbital:* 60—100 mg per os, 1/2 fiolă i.m.
- *Morfina,* 15 mg i.m., prin sedarea bolnavului și prin efectul vagal, poate opri unele atacuri rezistente la altă medicație.

Difenilhidantoina se utilizează la bolnavii cu tahicardii atriale sau joncționale datorite supradozajului digitalic. Se administrează 300—600 mg/zi (3—6 tablete), în perfuzie i.v. în soluție de glucoză 5%, 5 mg/kg corp, 25—50 mg/minut. Dacă nu se obțin rezultate după 20 minute, se injectează i.v. direct 250 mg în 3—5 minute, repetat la nevoie la 1—2 ore. Pe cale i.m.: 100—150 mg, la 6—8 ore.

Scanned with OKEN Scanner

Ajmalina se indică în special în tahicardiile supraventriculare asociate cu sindrom WPW. Are acțiune similară cu a chinidinei. Se poate administra i.v. direct 25—50 mg (1 fiolă = 50 mg), lent (10 mg/minut), sau în perfuzie, 100 mg în glucoză 5%, timp de 6—8 ore. Pe cale i.m., doza este de o fiolă la 6—8 ore. Per os se începe cu 50 mg, doză care se repetă din 1/2 în 1/2 de oră, pînă la doza totală de 400 mg.

Șocul și antrenamentul sistolic atrial („atrial pacing") se aplică în unități specializate, în caz de ineficiență a terapiei medicamentoase. Metoda are indicație majoră în infarctul miocardic sau în alte situații în care tulburările grave, datorite aritmiei sau cardiopatiei de bază (șoc, insuficiență cardiacă, angină pectorală) impun cuparea de urgență a crizei.

Șocul electric este contraindicat la bolnavii cu supradozaj digitalic; la pacienții digitalizați în prealabil, dacă starea bolnavului permite, șocul electric se va aplica numai după sistarea digitalei timp de 24 ore.

Tratamentul bolii de bază sau a condițiilor declanșante este necesar în toate cazurile.

TAHICARDIA PAROXISTICĂ VENTRICULARĂ

Elemente de diagnostic clinic

Tabloul clinic este asemănător cu al tahicardiei paroxistice supraventriculare: crize de palpitații care apar și dispar brusc, însoțite de anxietate, astenie, dispnee moderată, uneori dureri precordiale, transpirații, ameteli sau sincopă.

Durerea precordială, cu caracterele anginei pectorale, și insuficiența cardiacă sînt mai frecvente decît în tahicardia paroxistică supraventriculară, deoarece, de regulă, sînt prezente leziuni miocardice severe.

Frecvența cardiacă este de 140—220/minut. Ritmul poate fi ușor neregulat. Auscultația relevă ușoară inegalitate în intensitatea zgomotului I. Pot exista variații ale tensiunii arteriale sistolice în timpul tahicardiei.

Compresiunea sinusului carotidian și alte probe de excitație vagală nu influențează aritmia.

Diagnostic diferențial: tahicardia sinusală, tahicardia paroxistică supraventriculară, flutterul atrial, fibrilația atrială, fibrilația ventriculară.

Scanned with OKEN Scanner

Particularități clinice legate de substrat

De regulă, tahicardia paroxistică ventriculară are ca substrat o cardiopatie organică. Complică adesea evoluția unui *infarct miocardic*. Este uneori greu de precizat dacă durerea precordială care însoțește tahicardia este datorită tulburării de ritm sau aparține unui infarct miocardic complicat cu tahicardie ventriculară.

Poate surveni și în *alte cardiopatii organice:* cardiopatia ischemică, leziuni valvulare reumatice, cardiomiopatii de diverse etiologii (hipertiroidism, alcoolism etc.).

Uneori apare în *supradozajul digitalic,* după tratament cu chinidină, procainamidă, simpaticomimetice, tioridazin, papaverină, cateterism cardiac, intervenții chirurgicale pe cord, tulburări electrolitice.

În aproximativ 10% din cazuri lipsește substratul organic.

Complicații

Sincopa, starea de șoc, insuficiența cardiacă, survin în crizele prelungite. Tahicardia ventriculară poate premerge fibrilația ventriculară.

Conduita de urgență

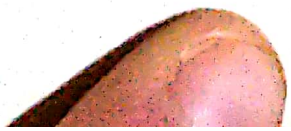
Orice tahicardie paroxistică ventriculară necesită internare de urgență. Se încearcă oprirea crizei prin aplicarea cu pumnul a unei lovituri în regiunea presternală. Se administrează xilină i.v.

Examinări de urgență

Electrocardiograma arată o succesiune rapidă, uneori puțin neregulată, a unor complexe QRS deformate de tipul celor din extrasistolele ventriculare), ST și T modificate de tip secundar.

Diagnosticul diferențial electrocardiografic se face cu tahicardia supraventriculară cu bloc de ramură și flutterul atrial cu bloc de ramură; diferențierea este posibilă numai dacă există înregistrări înainte de criză sau după criză.

Alte examinări sînt necesare pentru boala de bază sau pentru complicațiile tulburării de ritm (șoc).



Scanned with OKEN Scanner

Tratament

Tahicardia paroxistică ventriculară este de regulă o tulburare de ritm deosebit de gravă, aşa încît nu se insistă prea mult cu acelaşi mijloc terapeutic, mai ales în infarctul miocardic, în care, dacă nu se obţin rezultate în cîteva minute cu xilina, se recurge la şocul electric.

Se întrerupe tratamentul cu digitală, chinidină sau cu alte medicamente, atunci cînd tulburarea de ritm se poate atribui acestora.

Uneori aplicarea unei lovituri cu pumnul în regiunea prestemală poate duce la cuparea crizei.

Xilina este medicamentul de elecţie, mai ales în infarctul miocardic. Se administrează iniţial în injecţie i.v., 50—100 mg (1—2 mg/kg corp), timp de două minute. Doza poate fi repetată de 2—3 ori la interval de 20 minute. Se continuă cu perfuzie lentă, în ritm de 1—4 mg/minut, 2 g xilină la 500 ml glucoză 5%, pînă la doza totală de 2 g/24 ore. Perfuzia se menţine 2—3 zile, dacă tahicardia a cedat, apoi se aplică în continuare tratamentul de întreţinere cu Pronestyl. Dacă nu răspunde la xilină se recurge la şocul electric, dacă este posibil, sau la procainamidă.

Procainamida (Pronestyl) se administrează i.v., 1 g diluat cu glucoză 5%, încet (100 mg/minut). Se poate da în perfuzie, 2 g în 80 ml glucoză 5%, 100 mg/minut în primele minute, apoi 25—50 mg/minut. În timpul administrării este necesar controlul tensiunii arteriale şi al electrocardiogramei. Scăderea tensiunii arteriale cu 15—20 mmHg impune încetinirea ritmului. În caz de prăbuşire tensională se întrerupe perfuzia cu procainamidă şi se pune o perfuzie cu Norartrinal (4—8 mg la 1000 ml glucoză 5%, 15—30 picături/minut, în funcţie de valorile tensionale). După 5—10 minute se poate relua administrarea procainamidei, concomitent cu a Norartrinalului. Dacă pe electrocardiogramă apare lărgirea complexului QRS cu mai mult de 25% (pericol de fibrilaţie ventriculară), este necesară întreruperea perfuziei cu Pronestyl.

Intramuscular, se dă 1 g la 2—4 ore, cîteva doze, apoi se continuă tratamentul per os.

Administrarea orală se utilizează mai ales în cura de întreţinere, 0,25—0,50 mg la 4—6 ore (1—2 g/zi).

Chinidina este mai puţin eficientă şi mai riscantă în tahicardia ventriculară. Se utilizează numai dacă medicamentele amintite nu au avut efect şi nu se poate aplica şocul electric. Se administrează per os (după prealabilă testare a sensibilităţii cu 0,20 g), în

Scanned with OKEN Scanner

doze de 0,40 la 2 ore, 6 doze; după conversiune se reduce doza la 0,40 g la 4—6 ore.

Administrarea intravenoasă se face numai atunci cînd este vorba de o maximă urgență, nu există alt antiaritmic la îndemînă și bolnavul nu poate face tratament per os. Se dă 0,8 g în 50 ml glucoză 5%, încet (1 ml/minut), sub controlul electrocardiogramei, al tensiunii și al fenomenelor subiective. Se recomandă numai în condițiile posibilității de monitorizare și electrostimulare.

Propranololul poate fi eficient în tahicardia ventriculară din supradozajul digitalic și din infarctul miocardic. Se administrează intravenos, după prealabilă injectare de atropină 0,5—1 mg, 1 mg (1 fiolă = 1 mg) timp de 1—2 minute; doza se poate repeta după 3 minute.

Difenilhidantoina (Fenitoin) este indicată în tahicardia ventriculară din supradozajul digitalic. Se poate administra i.v., lent (25—50 mg/minut), pînă la doza totală de 300 mg, sau în perfuzie 5 mg/kilocorp în glucoză 5%, 20—50 mg/minut. I.m.: 100—150 mg la 6—8 ore; per os: 300—600 mg/zi (1 compr. = 100 mg).

Tosilatul de bretiliu se poate utiliza cu rezultate bune în prevenirea și tratamentul tahicardiilor paroxistice ventriculare recurente care nu răspund la celelalte medicamente, precum și în tahicardia paroxistică ventriculară asociată cu bloc a.v. Este contraindicat în supradozajul digitalic. Se poate administra în perfuzie, 5 mg/kilocorp în 100 ml glucoză 5%, timp de 10—20 minute, sau în injecții i.m., 5 mg/kilocorp tot la 6 ore.

Șocul electric se aplică în cazurile rebele, la tratamentul medicamentos. Unii îl aplică de la început, mai ales în infarctul miocardic. Este contraindicat în intoxicația digitalică și în tahicardia paroxistică ventriculară cu bloc complet.

Vasopresoarele (norartrinal, metaraminol, angiotensina), administrate pentru combaterea hipotensiunii arteriale (datorită tahicardiei ventriculare, bolii de bază sau medicației), pot duce la oprirea tahicardiei. Eficiența lor directă asupra tulburării de ritm este îndoielnică.

Sărurile de K sînt necesare în tahicardia paroxistică ventriculară din supradozajul digitalic.

Digitala nu se indică în tratamentul tahicardiei paroxistice ventriculare. Se administrează numai dacă este prezentă insuficiența cardiacă.

Oxigenoterapia este indicată dacă apare hipoxia.

Scanned with OKEN Scanner

În tahicardia paroxistică ventriculară, apărută în cadrul infarctului miocardic, *profilaxia recidivelor* se face timp de cel puțin trei luni (cu procainamidă, chinidină, tosilat de bretiliu).

FIBRILAȚIA ATRIALĂ

Elemente de diagnostic clinic

Fibrilația atrială poate fi *paroxistică* (cu durată mai mică de 2 săptămîni) sau *permanentă* (cu durată peste 2 săptămîni).

Manifestările clinice ale fibrilației atriale depind în primul rînd de frecvența ventriculară. În general, aceasta se situează între 110—150 bătăi/minut; nu sînt însă rare frecvențe mai mari, mai ales în forma paroxistică, sau mai mici, în cea permanentă.

În fibrilația atrială paroxistică sau la debutul fibrilației permanente, bolnavul prezintă palpitații, dureri precordiale, anxietate, astenie pronunțată, dispnee, uneori insuficiență cardiacă, stare de șoc, sincopă. Tulburarea de ritm adesea nu este percepută de bolnav, fiind o constatare a examenului obiectiv.

Bătăile cardiace sînt neregulate; această neregularitate este mai greu sesizată la frecvențe joase (sub 80/minut) sau la frecvențe înalte (peste 150/minut).

Frecvența cardiacă este mai mare decît frecvența pulsului (deficit de puls), mai ales în fibrilația atrială cu alură ridicată.

Efortul fizic accentuează neregularitatea bătăilor cardiace. Compresiunea sinusului carotidian nu influențează aritmia sau produce numai o bradicardie tranzitorie.

Diagnostic diferențial: extrasistole frecvente, flutter atrial cu transmitere neregulată, tahicardie paroxistică cu bloc variabil.

Particularități clinice legate de substrat

Stenoza mitrală, cauză frecventă a fibrilației permanente, este uneori greu de recunoscut atunci cînd frecvența cardiacă este ridicată; suflul presistolic dispare. Fibrilația paroxistică poate precede instalarea fibrilației permanente. Tulburarea de ritm favorizează decompensarea cardiacă.

Cardiopatia ischemică constituie, de cele mai multe ori, substratul fibrilației atriale (mai frecvent permanente) la vîrste avansate. Fibrilația atrială poate complica evoluția unui *infarct miocardic*. Este uneori greu de precizat dacă durerea precordială care

Scanned with OKEN Scanner

însoțește fibrilația este datorită tulburării de ritm sau infarctului complicat cu fibrilație. Anamneza poate adesea preciza succesiunea fenomenelor (durerea precede tulburarea de ritm în infarct).

Hipertiroidismul poate produce fibrilație atrială paroxistică sau permanentă (mai ales în asociere cu leziuni organice ale inimii). Uneori, simptomatologia bolii de bază este evidentă; alteori, numai fibrilația cu alură ridicată, neinfluențată de cardiotonice, atrage atenția asupra hipertiroidismului.

Cauze mai rare: miocardita acută reumatismală, infecții acute, embolia pulmonară, pericardita constrictivă, hipokaliemia, intoxicații acute, intervenții chirurgicale, diverse cardiomiopatii (idiopatice sau secundare).

Fibrilația atrială paroxistică survine uneori *în absența oricărei leziuni organice.*

Sindromul de preexcitație ventriculară (WPW) poate evolua cu fibrilația atrială paroxistică, cu frecvență ventriculară mare.

Complicații

Șocul cardiogen poate complica evoluția fibrilației atriale cu alură ridicată (peste 180 bătăi/minut), de durată.

Sincopa și *sindromul Adams—Stockes,* datorite ischemiei cerebrale, pot surveni, de asemenea, în fibrilația atrială cu frecvență ventriculară mare.

Insuficiența cardiacă poate fi declanșată de instalarea sau creșterea frecvenței fibrilației atriale, la bolnavii cu cardiopatii organice (stenoză mitrală, cardiopatie ischemică), prin agravarea tulburărilor hemodinamice.

Emboliile (cerebrale, renale, splenice, mezenterice, periferice) provin din tromboza atrială, frecvent prezentă în fibrilația atrială, mai ales la bolnavii cu stenoză mitrală.

Conduita de urgență

Tratamentul poate fi efectuat la domiciliu în cazurile necomplicate. Internarea este necesară atunci cînd fibrilația atrială nu cedează sau nu-și reduce frecvența în cîteva ore, sub tratament corect aplicat. Insuficiența cardiacă cronică, declanșată de fibrilația atrială, poate fi tratată la domiciliu sub observație medicală. În caz de șoc, sincopă, accidente embolice, edem pulmonar, infarct

Scanned with OKEN Scanner

miocardic internarea se va face de la început, primele măsuri de tratament ale acestor stări instituindu-se la domiciliu.

Se administrează preparate digitalice. Nu se recomandă tentativa de restabilire a ritmului sinusal la domiciliu, avînd în vedere accidentele datorite medicației (chinidina) și posibilitatea apariției emboliilor.

Examinări de urgență

Electrocardiograma: undele P sînt absente, fiind înlocuite cu undele F, neregulate ca amplitudine și succesiune. Intervalele R—R sînt neregulate. De obicei, morfologia complexelor QRS nu este modificată; modificarea acestora poate însă apare în frecvențe foarte mari.

Alte examinări pot fi necesare pentru diagnosticul etiologic (hipertiroidism, tulburări electrolitice, intoxicații, infecții etc) sau pentru complicații (șoc, accidente embolice etc.).

Tratament

Tratamentul fibrilației atriale depinde de durata aritmiei, de frecvența ventriculară, de etiologie, de prezența insuficienței cardiace, a insuficienței coronariene sau a altor complicații.

Terapia are ca scop fie reducerea frecvenței ventriculare, fie restabilirea ritmului sinusal.

A. *Reducerea frecvenței ventriculare* se obține cu digitalice, medicație de elecție în cazurile la care nu este indicată conversia electrică de urgență (sau nu se poate efectua) sau la care este asociată insuficiența cardiacă. Nu se administrează digitala în formele cu frecvență ventriculară joasă sau cu bloc a.v. complet.

Dozele și calea de administrare sînt în funcție de frecvența ventriculară și de gravitatea manifestărilor clinice.

Digitalizarea rapidă (doza totală de atac în 12—36 ore) se face în formele grave (frecvență mare, insuficiență cardiacă, stare de șoc) cu preparate injectabile:

- Lanatozid C, 0,40—0,80 mg (1 fiolă = 0,40 mg) i.v., repetîndu-se administrarea de 0,40 mg la 6—8 ore, pînă la doza totală de 1,6—2 mg.
- Nidacil 0,2—0,4 mg (1 fiolă = 0,2 mg) i.v., repetat, 6—8 fiole pe zi.

Scanned with OKEN Scanner

• Digoxin 0,5 mg (= 1 fiolă) i.v., apoi se repetă 0,25—0,50 mg la 2—4 ore, pînă la doza totală de 1,5 mg.

În formele mai puțin grave dar cu frecvență ventriculară mare, se poate face digitalizarea rapidă pe cale orală:

• Digitalin, inițial XXX picături, apoi X picături la 6—8 ore, pînă la doza totală de LX picături.

• Digitală tablete, inițial 0,30 g (1 tabl. = 0,10 g), apoi 0,20 g la 6 ore, pînă la doza totală de 1,2—2 g.

Digitalizarea medie (doza totală de atac în 3—5 zile) se aplică în fibrilația atrială cu frecvență mai mică.

• Digitalin 3×V—X picături/zi.

• Digitală tabl. 3×4—6 tablete/zi.

După obținerea rezultatelor terapeutice (scăderea frecvenței la 70—80/minut) se continuă cura de întreținere (digitalin V pic./zi, 4—5 zile pe săptămînă; digitală 1 tabl./zi, 4—5 zile pe săptămînă).

Propranololul (Inderal), per os, 80—200 mg/zi, se poate asocia digitalicelor, în caz de răspuns insuficient la administrarea acestora.

În cazul în care frecvența ventriculară nu se reduce, trebuie depistați și tratați factorii care întrețin tahiaritmia (hipertiroidism, embolii pulmonare, tulburări electrolitice, anemie, infecții etc.).

După digitalizare se selecționează cazurile la care se indică aplicarea metodelor de conversie la ritm sinusal.

B. *Restabilirea ritmului sinusal* este indicată în fibrilația atrială paroxistică sau recentă, în hipertiroidism după tratament etiologic (tiroidectomie, iod radioactiv, antitiroidiene de sinteză), în stenoza mitrală fără mărirea pronunțată a atriului stîng și în unele leziuni miocardice grave, la care se apreciază că persistența fibrilației atriale, cu frecvență ventriculară mare, ar putea agrava starea miocardului.

În infarctul miocardic, fibrilația atrială este de regulă trecătoare; cedează spontan sau la digitală. Dacă însă persistă, se impune restabilirea ritmului sinusal.

Conversia nu se indică la vîrstnici și în fibrilația atrială asimptomatică, cu frecvență joasă. De asemenea nu este indicată în fibrilația atrială de lungă durată, la bolnavi cu cardiopatii organice, cu cardiomegalii importante sau cu atriul stîng mult mărit. La acești bolnavi, riscul emboliilor este mai mare, și, chiar dacă se obține restabilirea ritmului sinusal, fibrilația atrială recidivează în scurt timp. Se poate totuși încerca conversia în cazuri selecționate, la care insuficiența cardiacă, agravată de tulburarea de ritm, nu poate fi controlată cu digitală.

Scanned with OKEN Scanner

Înainte de aplicarea șocului electric sau a chinidinei se face tratament anticoagulant timp de 2—3 săptămîni, pentru prevenirea accidentelor embolice (reluarea sistolei atriale poate mobiliza un tromb atrial). Dacă fibrilația datează numai de cîteva zile sau săptămîni și bolnavul nu a prezentat accidente embolice, se poate efectua numai o cură de cîteva zile cu heparină.

Șocul electric este preferabil tratamentului cu chinidină, rezultatele sînt mai bune (în 80—90% a cazurilor), iar riscurile sînt mai mici. Nu necesită digitalizare prealabilă. Dacă bolnavii au fost digitalizați înainte de aplicarea șocului, se întrerupe tratamentul cu digitalice. Preparatele cu eliminare lentă (Digitalin, digitală pulv.) se suprimă timp de cel puțin o săptămînă, iar cele cu eliminare mai rapidă (Lanatozid C, Digoxin), timp de 2—3 zile.

Nu se administrează chinidină înainte de șoc și nici în următoarele 24—48 ore (pericol de sincopă chinidinică). După restabilirea ritmului sinusal, la 48 ore se instituie tratamentul cronic de întreținere cu chinidină (0,60—1,2 g/zi), care se continuă cel puțin două luni.

Dacă fibrilația atrială recidivează la scurt timp după șocul electric, se administrează digitală sau se încearcă conversia cu chinidină după două săptămîni. Dacă fibrilația recidivează după trei luni, se poate aplica din nou șocul electric.

Chinidina se administrează numai atunci, cînd nu se poate aplica șocul electric. Restabilirea ritmului sinusal se obține în 50—60% a cazurilor. Riscul major îl constituie sincopa chinidinică. Tratamentul se face numai după prealabilă cură de digitală (dar atenție la supradozaj — frecvent mai ales în digitalizarea rapidă — care contraindică chinidina).

După testarea toleranței la chinidină (se administrează 0,20 g și se urmăresc manifestările clinice timp de două ore) se dau 0,20—0,40 g chinidină în cașete, la 2—4 ore, pînă la doza totală de 2—2,6 g/zi. Deoarece uneori este eficientă și în doze mai mici, se recomandă, în prima zi, doze mai mici (1,2—1,4 g) și numai în caz de ineficiență se crește doza în zilele următoare pînă la 2,6 g.

În timpul curei de atac, bolnavii necesită supraveghere clinică și electrocardiografică, de aceea nu se recomandă tratamentul decît în condiții de spitalizare.

După conversie se administrează tratament de întreținere cu chinidină, 0,60—0,80 g/zi, timp de 1—2 luni.

C. *Terapia bolii de bază* este necesară în toate cazurile.

Scanned with OKEN Scanner

Elemente de diagnostic clinic

Tabloul clinic este asemănător cu cel din tahicardia paroxistică: palpitații, anxietate, astenie, sincopă, uneori angină pectorală, insuficiență cardiacă, stare de șoc.

Ritmul este regulat, frecvența cardiacă fiind în funcție de gradul blocului atrioventricular: 75 (bloc 4/1), 100 (bloc 3/1), 150 (bloc 2/1), 300 (bloc 1/1). Uneori se produc modificări bruște ale frecvenței cardiace (cu 50—100 bătăi pe minut), prin schimbarea blocajului. Efortul poate contribui la schimbarea blocajului, scăzînd gradul acestuia.

Compresiunea sinusului carotidian poate duce la creșterea blocajului, cu scăderea consecutivă a frecvenței, însă, de regulă, în scurt timp, acesta revine la valorile inițiale.

Uneori ritmul este neregulat prin variabilitatea blocului; efortul îl poate regulariza.

Flutterul poate fi paroxistic (durată sub două săptămîni) sau permanent.

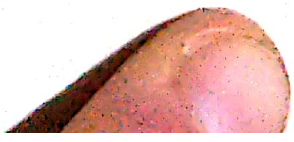
Diagnostic diferențial. În caz de ritm regulat, rapid, diagnosticul diferențial se face cu tahicardia paroxistică; în caz de ritm neregulat, cu fibrilația atrială sau cu extrasistolele frecvente.

Particularități clinice legate de substrat

Examenul clinic poate evidenția simptomatologia cardiopatiei organice care constituie substratul aritmiei sau factorii declanșanți ai acesteia.

Flutterul atrial apare mai frecvent în stenoza mitrală și în cardiopatia ischemică. Hipertiroidismul, embolia pulmonară, infarctul miocardic acut, infecțiile bronhopulmonare, miocarditele acute, cardiomiopatiile de diverse etiologii, defectul de sept atrial, pot fi însoțite de flutter atrial. Aritmia poate fi declanșată de factori psihoemoționali, intervenții chirurgicale pe cord, supradozaj digitalic, administrare de medicamente (chinidină, procainamidă, catecolamine).

Excepțional, flutterul atrial apare în lipsa unei cardiopatii organice.



Scanned with OKEN Scanner

Complicații

Complicațiile depind în special de frecvența cardiacă, fiind în mare măsură condiționate de cardiopatia de bază.

Insuficiența cardiacă, starea de șoc, sincopa, angina pectorală survin la frecvență ventriculară în jur de 150 bătăi pe minut sau mai mult.

Conduita de urgență

Tratamentul poate fi efectuat la domiciliu în cazurile cu frecvență joasă, în lipsa complicațiilor. Internarea este necesară în cazurile cu frecvență rapidă, care nu se reduce în cîteva ore sub tratament digitalic. Complicațiile datorite aritmiei sau bolii de bază impun internarea de la început.

Bolnavii cu tulburări grave sau cu flutter cu transmisie 1/1 se vor trimite, dacă e posibil, de la început în unități specializate, pentru electroconversie.

Examinări de urgență

Electrocardiograma este necesară pentru diferențierea flutterului de alte forme de aritmii cu ritm frecvent și regulat sau neregulat. Alte examinări pot fi necesare pentru diagnosticul cardiopatiei, pentru depistarea factorilor declanșanți sau pentru evidențierea perturbărilor umorale datorite complicațiilor.

Electrocardiograma arată absența undei P, prezența undelor de flutter (F): unde pozitive, uniforme, fără linie izoelectrică între ele, mai bine vizibile în D_{II}, D_{III}, aVF, V_1, V_2; complexele QRS sînt de tip supraventricular, cu succesiune regulată sau neregulată, în funcție de constanța sau variabilitatea blocului atrioventricular. Uneori, flutterul alternează cu fibrilația atrială.

Tratament

Electroconversia se indică de la început în flutterul cu frecvență rapidă și cu tulburări grave, dacă bolnavul nu a fost digitalizat în prealabil.

Digitalizarea se indică în toate cazurile dacă nu există posibilități de aplicarea șocului electric și dacă aritmia nu se datorește

Scanned with OKEN Scanner

supradozajului digitalic. Digitala scade frecvența ventriculară prin creșterea blocajului sau transformă flutterul în fibrilație atrială; uneori, restabilește ritmul sinusal. Calea de administrare a preparatelor digitalice (i.v. sau orală) depinde de gravitatea simptomatologiei clinice. Pentru cazurile de urgență se utilizează calea intravenoasă, în dozajul corespunzător digitalizării rapide:

- *Lanatozid C* 0,40—0,80 mg, inițial, apoi 0,40, la 2—6 ore, pînă la doza totală de 1,60 mg.
- *Digoxin* 0,50—1 mg, inițial, apoi 0,50, la 2—6 ore, pînă la doza totală de 1.5 mg.
- *Nidacil* 0,50—1 mg, inițial, apoi 0,50 mg, la 2—6 ore, pînă la doza totală de 1,6 mg.
- *Strofantină* 0,25 mg, inițial, eventual se repetă la 8—12 ore (doza totală 0,50/24 ore).

Dacă apare fibrilația atrială, se oprește administrarea digitalicului pentru cel puțin 48 ore și apoi se instituie tratamentul cu *chinidină* pentru conversia fibrilației la ritm sinusal. Chinidina nu se recomandă în tratamentul flutterului atrial din cauza pericolului apariției blocului 1/1. Dacă ritmul sinusal nu se restabilește, după 48 ore de la întreruperea digitalei se asociază chinidina cu digitală. Chinidina se indică și în prevenirea acceselor după conversiune la ritm sinusal, în doze de 0,8—1,2 g/zi.

Alte antiaritmice (procainamida, betablocantele adrenergice) au eficiență redusă în flutterul atrial; pot fi însă utile în prevenirea recidivelor.

Tratamentul bolii de bază sau a factorilor declanșanți este necesar în toate cazurile.

FIBRILAȚIA VENTRICULARĂ

Elemente de diagnostic clinic

Tabloul clinic este cel al stopului cardiac. Din cauza ineficienței de pompă a contracțiilor, zgomotele cardiace nu se percep, pulsul arterial dispare, tensiunea arterială scade la 0.

Sincopa poate fi precedată de amețeli și însoțită de convulsii și incontinență de urină. Uneori, fenomenele retrocedează spontan, dar au tendință la recidivă.

De regulă, contextul clinic în care survine oprirea inimii sugerează prezența tulburării de ritm.

Diagnostic diferențial: sincope de diverse etiologii, stări de șoc, comă.

Scanned with OKEN Scanner

Particularități clinice legate de substrat

Fibrilația ventriculară poate surveni în evoluția oricărei *cardiopatii organice*, reprezentînd de regulă un accident final. Este cauza cea mai frecventă a morții subite la coronarieni. În infarctul miocardic este adesea precedată de alte aritmii ventriculare (extrasistole, tahicardie ventriculară). Prognosticul este întotdeauna grav mai ales în fibrilația ventriculară care survine la bolnavii cu insuficiență cardiacă și stare de șoc.

În *blocul a.v. complet*, fibrilația ventriculară paroxistică constituie adesea substratul sindromului Adams—Stockes.

Alte cauze: tulburări electrolitice (hipercalcemie, hiperkaliemie), acidoză, supradozaj digitalic, accidente medicamentoase (chinidină, procainamidă, stimulatoare betaadrenergice), anestezie (cloroform, ciclopropan), stări hipoxice, electrocutare, cateterism cardiac, intervenții chirurgicale, traumatisme toracice, stimulare electrică nesincronizată (șoc electric extern, pacemaker endocavitar), alungirea congenitală a intervalului Q—T.

Din punct de vedere terapeutic, importanța cea mai mare o au fibrilațiile ventriculare paroxistice, produse de anumite condiții etiologice curabile, la care se impun măsuri de profilaxie a recidivelor.

Conduita de urgență

Măsurile de resuscitare trebuie instituite în primele 3—4 minute, înainte de a se produce leziuni ireversibile ale sistemului nervos. Dacă fibrilația ventriculară apare la bolnavi internați în unități care dispun de aparatura necesară, se recurge imediat la șocul electric extern. Atunci cînd nu se poate face defibrilarea electrică, se începe de urgență respirația gură la gură și masajul cardiac. Se poate încerca administrarea de adrenalină sau isoproterenol intracardiac, în asociere cu calciu.

Dacă bătăile cardiace se reiau, spontan sau după tratament, bolnavul este internat cu maximă urgență, deoarece există tendința la recidivă.

Examinări de urgență

Electrocardiograma: succesiune de oscilații neregulate, frecvente (300—500/minut); nu se pot distinge complexe QRS pe traseu.

După revenirea din criză este necesară efectuarea *pH-ului*, de regulă fiind prezentă acidoza.

Scanned with OKEN Scanner

Tratament

Asigurarea ventilației pulmonare se face prin respirație gură la gură; atunci cînd e posibil, intubație și respirație asistată.

Masajul cardiac se efectuează simultan cu respirația artificială. Inițial se aplică o lovitură în regiunea presternală; dacă bătăile cardiace eficiente nu apar prompt, se continuă cu compresiunea ritmică a sternului inferior.

Șocul electric extern constituie tratamentul de elecție; în caz de ineficiență la prima tentativă, se poate repeta cu creșterea energiei electrice.

Adrenalina (5 ml din sol. 1/10.000, intravenos sau intracardiac) sau *izoproterenolul* (0,5—1 mg, intravenos sau intracardiac), în asociere cu *gluconat sau clorură de calciu* 10% (2—5 ml), se administrează atunci cînd nu există posibilitatea de a se face defibrilarea electrică.

Dacă bolnavul își revine, tratamentul, în continuare, vizează *combaterea acidozei metabolice* și *prevenirea recidivelor:*

- Bicarbonat de sodiu, inițial 100—150 mEq, apoi în funcție de pH.
- În blocul a.v. complet, cu fibrilație ventriculară și sindrom Adams—Stockes, se continuă tratamentul cu *izoproterenol,* în perfuzie i.m., i.v. sau sublingual; *orciprenalină,* în perfuzie sau per os, implantare de pacemaker. Aceeași medicație se poate administra profilactic și după cedarea fibrilației ventriculare survenite pe fond de ritm sinusal.
- În fibrilația ventriculară, care a fost precedată de tahicardie ventriculară sau extrasistole ventriculare, se administrează *xilină,* în perfuzie, urmată de *procainamidă* per os.
- *Propranololul* poate preveni, în unele cazuri, reinstalarea fibrilației ventriculare, în administrare i.v. 5—10 mg (1 mg/minut). Efectele secundare se previn cu atropină (0,5—1 mg i.v.), injectată în prealabil.
- *Tratamentul bolii de bază.*

BLOCUL ATRIOVENTRICULAR

Elemente de diagnostic clinic

Blocul a.v. de gradul I nu dă simptome clinice subiective. Existența lui poate fi sugerată de asurzirea zgomotului I și de prezența zgomotului IV, în contextul unei afecțiuni în care determinările cardiace sînt posibile. Nu reprezintă o urgență prin sine.

Scanned with OKEN Scanner

Blocul a.v. de gradul II (blocul parțial). Tipul 1 (alungirea progresivă a intervalului P—R pînă la apariția unei unde P blocate) rareori dă simptome clinice subiective, de tipul celor constatate în extrasistole; obiectiv, pe fond de ritm regulat, la 2—8 bătăi, se intercalează o pauză care corespunde stimulului blocat. Nu constituie o urgență prin sine.

Tipul 2 (blocul 2/1, 3/1, 4/1) se manifestă prin bradicardie regulată, cu atît mai pronunțată, cu cît gradul blocului este mai mare.

Blocul a.v. de gradul III (blocul complet) produce bradicardie de 30—50/minut, nemodificată la efort. Zgomotul I poate fi variabil ca intensitate (zgomot de tun), prin suprapunerea intermitentă a contracțiilor atriale și ventriculare. Uneori, simptomele subiective lipsesc; alteori, în bradicardiile pronunțate (sub 35/minut), bolnavul prezintă astenie, lipotimii, dispnee, somnolență. Tabloul clinic poate fi dramatic, în special în blocul complet instalat acut, cu crize sincopale (sindrom Adams—Stockes). Bradicardia poate favoriza apariția insuficienței cardiace.

Sindromul Adams—Stockes, datorit ischemiei cerebrale, apare în bradicardii pronunțate (sub 20 bătăi pe minut), în oprirea inimii (timp de 5—10 secunde sau mai mult) sau în lipsa contracției ventriculare eficiente (tahicardie sau fibrilație ventriculară de scurtă durată, pe fondul unui bloc complet). Survine mai ales în perioada de trecere de la ritmul sinusal la blocul total, sau de la blocul parțial la blocul total (prin întîrzierea instalării ritmului idioventricular).

Sindromul Adams—Stockes se manifestă prin paloare, vertij, pierderea bruscă a cunoștinței cu cădere, urmată de convulsii generalizate, respirație stertoroasă, cianoză. În criză, bătăile inimii nu se percep sau sînt sub 20/minut. Durata acceselor este de 30—60 secunde. Opririle inimii de scurtă durată (2—5 secunde) pot da sincope scurte, fără cădere și fără convulsii. Opririle de 2—5 minute sînt de obicei fatale, însă se descriu reveniri sub tratament și după 5—20 minute.

Diagnostic diferențial: crize epileptice, sincope de alte etiologii, lipotimie, comă.

Particularități clinice legate de substrat

În *infarctul miocardic,* blocul de gradul I și blocul de gradul II pot premerge apariția blocului complet. Blocul de gradul III apare mai ales în prima săptămînă și dispare de regulă dacă bolnavul

Scanned with OKEN Scanner

trece peste perioada acută (prin reversibilitatea ischemiei, edemului sau inflamației). Are semnificație prognostică gravă în infarctul anterior (fiind consecința necrozei extinse) și mai puțin gravă în infarctul posterior (fiind datorit ischemiei nodale, reversibile).

Cardiopatia ischemică este cauza cea mai frecventă a blocului total cronic la vîrste avansate. Adesea este asimptomatic. Bradicardia poate favoriza insuficiența cardiacă și tulburările de irigație cerebrală (pe fondul aterosclerozei cerebrale).

Reumatismul Bouillaud—Socolski este o cauză frecventă a blocului a.v. de gradul I, de regulă reversibil, în producerea căruia intervine nu numai miocardita acută, ci și o componentă de hipertonie vagală. Alte tulburări de conducere sînt mai rare, dar nu excepționale.

Blocul congenital este rar. Se poate asocia cu alte anomalii cardiovasculare (defect de sept atrial sau ventricular, persistența canalului arterial, coarctația aortei, atrezia tricuspidiană). Sindromul Adams—Stockes survine rar (de regulă frecvența cardiacă este peste 40/minut).

Stenoza aortică se poate însoți de bloc a.v. prin extinderea procesului de calcifiere de la inelul aortic la țesutul de conducere sau prin insuficiență coronariană.

Cardiopatii de diverse etiologii (miocardite infecțioase, lues, endocardita bacteriană etc.) evoluează uneori cu diverse grade de bloc a.v.

Digitala poate produce tulburări de conducere, atît prin stimulare vagală, cît și prin acțiunea inhibitoare asupra sistemului de conducere. *Chinidina, procainamida, hiperkaliemia, hipoxia* de diverse cauze, pot, de asemenea, produce tulburări de conducere a.v. Acestea mai pot surveni *postoperator*, în chirurgia cardiacă, sau pot fi declanșate de *reflexe vagale* (compresiunea carotidiană, compresiunea oculară etc.).

Conduita de urgență

Blocul a.v. de gradul I nu reprezintă o stare de urgență prin sine, dar poate fi expresia unei boli care reclamă tratament de urgență (infarct miocardic, miocardită acută, supradozaj digitalic etc.).

Constatarea unei bradicardii pronunțate (sub 40 bătăi pe minut), însoțită de fenomene clinice (astenie, tendință la lipotimii, insuficiență cardiacă), mai ales dacă nu se cunoaște existența anterioară a acesteia, impune internarea pentru precizarea diagnos-

Scanned with OKEN Scanner

ticului și observație, avînd în vedere posibilitatea dezvoltării unui sindrom Adams—Stockes. Ca prim ajutor se poate administra atropina sau stimulatoare betaadrenergice (Isuprel, Bronhodilatin, Alupent); în lipsa acestora, efedrină. Dacă bolnavul a luat anterior digitală, aceasta se întrerupe, chiar dacă blocul nu este datorit supradozajului digitalic. Insuficiența cardiacă se combate cu furosemid.

Dacă bolnavul este văzut după o criză Adams—Stockes, trebuie internat de urgență în cel mai scurt timp, deoarece există tendința la recidivă.

Dacă bolnavul este văzut în timpul unei crize Adams—Stockes, se aplică o lovitură în regiunea presternală, apoi se instituie masajul cardiac și respirația gură la gură, se injectează Isuprel i.v. sau intracardiac (dacă bătăile nu au revenit prompt); în lipsa izoproterenolului se poate utiliza adrenalina. În cazul în care medicul nu dispune de mijloace de tratament necesare și bolnavul poate fi transportat în cîteva minute într-un serviciu de specialitate, deosebit de important este de a nu se întrerupe masajul cardiac și respirația artificială.

Dacă bolnavul își revine din criză, dar bradicardia este pronunțată, se pune o perfuzie cu Isuprel sau Alupent, care se menține în timpul transportului. Avînd în vedere posibilitatea repetării crizei, medicul și — dacă este posibil, — un cadru auxiliar va însoți bolnavul pe Salvare. Cînd nu se poate pune perfuzie, se administrează Isuprel i.m. sau sublingual, Alupent per os sau Bronhodilatin sublingual.

Examinări de urgență

Electrocardiograma poate da indicații asupra tulburării de conducere sau asupra substratului acesteia (infarct miocardic).

- *Blocul a.v. de gradul I:* alungirea intervalului P—R peste 0,20 secunde.
- *Blocul a.v. de gradul II.* Tipul 1: alungirea progresivă a intervalului P—R, pînă la apariția unei unde P blocate; numărul complexelor ventriculare dintre două unde P blocate poate fi variabil, chiar și la același bolnav. Tipul II: blocarea regulată a undei P; tot al 2-lea, al 3-lea sau al 4-lea stimul atrial este blocat (bloc 2/1, 3/1, 4/1).
- *Blocul a.v. de gradul III:* undele P și complexele QRS se succed la intervale regulate, fără a exista o relație fixă între ele.

Scanned with OKEN Scanner

Frecvența undelor P este de 60—80/minut, iar a complexelor ventriculare de 30—50/minut.

Acidoza este de regulă prezentă după criza Adams—Stockes, de aceea se indică efectuarea pH-ului.

Alte examinări pot fi necesare pentru boala de bază (infarct miocardic, tulburări electrolitice etc.).

Tratament

Tratamentul bolii de bază sau a condiției declanșante este necesar în toate formele de bloc a.v. Se întrerupe medicația susceptibilă de a da tulburări de conducere (digitala, chinidina, procainamida).

Tratamentul medicamentos, adresat direct tulburării de conducere, atît în blocul parțial cît și în blocul total, este necesar numai în cazurile cu bradicardie pronunțată (sub 35 bătăi pe minut), care produce tulburări subiective (astenie, lipotimii, somnolență etc.), insuficiență cardiacă sau crize Adams—Stockes. Se pot utiliza: atropina, betastimulatoarele adrenergice (Isuprel, Alupent, Bronhodilatin), efedrina. Calea de administrare, doza și intervalul dintre doze depind de gravitatea tabloului clinic și de frecvența cardiacă, care trebuie menținută peste 40—50/minut.

Tratamentul crizei Adams—Stockes. În caz de oprire a inimii se instituie cu maximă urgență măsurile de reanimare, care necesită prezența unei echipe (o persoană asigură respirația, alta masajul cardiac, iar o a treia persoană pregătește medicația și aparatura).

• *Asigurarea ventilației pulmonare* se face prin respirație gură la gură; la nevoie, intubație și respirație asistată.

• *Masajul cardiac* se efectuează simultan cu respirația artificială. Inițial se aplică o lovitură în regiunea presternală, apoi se continuă cu compresiunea ritmică (de 60—80/minut a sternului inferior, cu întreruperi de 20—30 secunde pentru respirație. Se continuă pînă cînd revin bătăile cardiace efective și se reia respirația spontană. Pupilele trebuie să rămînă miotice.

Concomitent se instituie tratamentul cu betastimulatori adrenergici (Isuprel, Alupent) sau, în lipsa acestora, cu adrenalină.

• *Izoproterenolul* (Isuprel) se administrează la început intravenos sau intracardiac, 0,5—1 mg (1 fiolă = 0,2 mg sau 5 mg). După ce bătăile cardiace se reiau se pune o perfuzie cu 2—5 mg, în 500 ml glucoză 5%, 15—30 picături pe minut. Isuprelul poate fi utilizat și intravenos sau subcutanat (0,2 mg la 1—6 ore). Ulterior

Scanned with OKEN Scanner

se poate administra Isuprel sublingual, 5—15 mg la 1—6 ore (1 tabl. = 10 mg sau 15 mg), sau Bronhodilatin sublingual (1 compr. = 10 mg), 3—6 comprimate pe zi.

Efectele colaterale constau din palpitații, tahicardie, tremurături, agitație, transpirații, aritmii ventriculare, angină pectorală. Izoproterenolul corectează bradicardia, dar nu protejează bolnavul de asistolie sau fibrilație ventriculară.

• *Orciprenalina* (Alupent) se poate administra în perfuzie, 2 mg în 200 ml glucoză 5%, 15—20 picături pe minut, sau per os, 100—200 mg/24 ore (1 tabl. = 20 mg), repartizate în prize egale la 2—4 ore.

• *Adrenalina* este din ce în ce mai puțin utilizată; în lipsa medicației betastimulatoare adrenergice, se poate injecta intravenos sau intracardiac 0,5 ml din soluția 1‰.

• *Atropina* este eficientă în special în blocul datorit hipertoniei vagale. Blocul total din infarctul miocardic pesterior și blocul din supradozajul digitalic răspund adesea la atropină. Se administrează inițial 0,5—1 mg i.v.; dacă reapare ritmul sinusal sau frecvența cardiacă crește la 50 bătăi pe minut, se poate continua tratamentul cu atropină i.v., s.c. sau per os, dar nu mai mult de 48 ore, din cauza reacțiilor toxice.

• *Efedrina,* în doze de 25—50 mg, de 4 ori pe zi (1 compr. = 50 mg), este mai puțin utilizată astăzi. Efectele colaterale (agitație, insomnie, tremurături, vertij) pot fi prevenite cu fenobarbital în doze mici.

• *Stimularea electrică cu electrod intracavitar* este o metodă mai sigură de menținere a unei anumite frecvențe și de împiedicare a opririi inimii. Atunci cînd există aparatura necesară poate fi utilizată de la început sau în caz de insucces al terapiei medicamentoase.

• *Corticoterapia* este indicată în blocul complet acut (infarct miocardic, miocardită acută), în perfuzie (hemisuccinat de hidrocortizon, 100—200 mg/24 ore) sau per os (prednison, 60 mg/24 ore).

• *Corectarea acidozei metabolice* se face cu bicarbonat de sodiu sau THAM (prin aceasta se mărește și răspunsul inimii la izoproterenol).

• *Salureticele* (clorotiazide, furosemid) pot fi utile, mai ales în blocul intermitent complet (măresc excitaibilitatea miocardului prin scăderea potasiului seric).

• *Tratamentul insuficienței cardiace* la bolnavii cu bloc complet se face cu diuretice (tiazide, furosemid, acid etacrinic); Aldactona și triamterenul sînt contraindicate. Digitala nu se administrează decît în condițiile inserției unui stimulator electric endocavitar.

Scanned with OKEN Scanner

• *Tratamentul tulburărilor de ritm* (tahicardie ventriculară, extrasistole ventriculare, fibrilație atrială), care pot apare în evoluție, nu se va face cu chinidină, propranolol, procainamidă, xilină, difenilhidantoină, decît după inserția stimulatorului electric.

OPRIREA INIMII

Elemente de diagnostic clinic

Bolnavul își pierde brusc cunoștința, devine palid apoi cianotic, cu respirație lentă, amplă, zgomotoasă; apar convulsii generalizate, midriază.

La auscultația inimii, zgomotele cardiace sînt absente. Pulsul este imperceptibil. Reflexele (oculopalpebral și pupilar) sînt absente.

Diagnostic diferențial: coma, starea de șoc, criza epileptică, lipotimia.

Conduita de urgență

Pentru situațiile în care substratul opririi inimii este cunoscut (pauza ventriculară din blocul a.v., fibrilația ventriculară), tratamentul a fost expus la capitolele respective (p. 55, p. 57).

În cazul în care bolnavul este văzut în afara unei unități spitalicești, deci fără posibilitatea de a se înregistra o electrocardiogramă, se iau, cu maximă urgență (în primele 3—5 minute), următoarele măsuri terapeutice:

• Se aplică o lovitură puternică cu pumnul în regiunea prestemală;

• Dacă bătăile cardiace nu au revenit, *se asigură ventilația pulmonară* prin respirație gură la gură.

• Se instituie, concomitent, cu ajutorul unei alte persoane, *masajul cardiac extern.*

• Se injectează intravenos sau intracardiac, într-o scurtă pauză a masajului cardiac, *adrenalină* 2—5 ml din soluția 1/10.000 sau *izoproterenol* (Isuprel) 0,5—1 mg (1 fiolă = 0,2 mg sau 5 mg), în asociere cu *calciu gluconic sau clorat* (2—5 ml din soluția 10%); dacă bătăile cardiace nu revin, se poate repeta administrarea acestora, încercîndu-se eventual și eficiența *atropinei* (1 mg i.v. sau intracardiac).

Scanned with OKEN Scanner

După ce bolnavul își revine, măsurile terapeutice trebuie să vizeze *prevenirea crizelor* și *combaterea acidozei*. Dacă bolnavul este bradicardic, se instituie o perfuzie cu izoproterenol (2—5 mg în 500 ml glucoză 5%, 15—30 picături/minut). Internarea este obligatorie în toate cazurile, transportul făcîndu-se sub supraveghere medicală.

SUPRADOZAJUL DIGITALIC

Elemente de diagnostic clinic

Tulburările digestive (anorexie, grețuri, vărsături, sialoree, uneori diaree) apar precoce. Pot fi însoțite de tulburări neuropsihice (cefalee, astenie, tulburări de comportament, tremurături, halucinații, delir), oculare (scotoame, vedere colorată, halouri clare în jurul obiectelor închise la culoare, ambliopie tranzitorie), endocrine (ginecomastie, metroragii) și de hipersensibilitate (rash eritematos, prurit).

Examenul obiectiv poate pune în evidență bradicardia, extrasistolele, adesea bigeminate, sau diverse alte tulburări de ritm (tahicardie ventriculară sau atrială, fibrilație atrială, bloc a.v. etc.) care pot agrava insuficiența cardiacă.

Condiții de apariție. Supradozajul digitalic poate apare și la doze obișnuite de digitală, atunci cînd sînt prezenți factorii favorizanți ai acestuia: vîrstă avansată, leziuni miocardice grave (infarct miocardic, cord pulmonar cu hipoxie accentuată), tulburări electrolitice (hipopotasemie, hiposodemie, hipomagneziemie), insuficiență renală, hipotiroidism, administrare de calciu, rezerpină sau alcaloizi din rauwolfia.

Diagnostic diferențial: insuficiența cardiacă cu tulburări dispeptice datorite stazei, tulburări de ritm datorite leziunilor miocardice, afecțiuni gastrice sau hepatobiliare (în special hepatita epidemică), insuficiența renală cronică, tulburări neuro-psihice (prin leziuni vasculare sau de altă natură) etc.

Conduita de urgență

În cazul tulburărilor digestive puțin pronunțate (anorexie, grețuri), fără tulburări de ritm, bolnavul poate fi tratat la domiciliu, sub observație zilnică, atrăgîndu-i-se atenția asupra simptomelor la a căror eventuală apariție să solicite asistență de urgență.

Scanned with OKEN Scanner

Vor fi internate cazurile la care medicul nu poate preciza dacă simptomatologia aparține insuficienței cardiace (în care caz ar trebui mărită doza de digitală) sau supradozajului digitalic (în care caz tratamentul trebuie întrerupt).

Trebuie, de asemenea, internate cazurile cu tulburări de ritm apărute în cursul tratamentului cardiotonic, cînd se presupune natura toxică a acestora, chiar dacă aritmia prin sine nu este gravă (ex. extrasistolele), avînd în vedere posibilitatea apariției și a altor tulburări mai grave.

Internarea poate fi impusă și de boala de bază, chiar dacă fenomenele de supradozaj nu sînt grave, cînd la doze relativ mari nu se obține compensarea (ca în cazul infecțiilor, hipertiroidismului etc.).

De la început se întrerupe digitala și medicația care produce depleție de potasiu. Se administrează clorură de potasiu per os și medicație simptomatică pentru vărsături (Torecan, papaverină, Emetiral). În prezența tulburărilor de ritm se instituie terapia antiaritmică adecvată tulburării de ritm constatate (Pronestyl, difenilhidantoină, xilină, chinidină).

Examinări de urgență

Electrocardiograma, ionogramă, azot, rezervă alcalină.

Electrocardiograma arată subdenivelarea „în albie" a segmentului ST și evidențiază tulburările de ritm care pot apare în cursul supradozajului digitalic (în special tahicardia ventriculară, extrasistolele și variate forme de bloc atrio-ventricular).

Alte examinări sînt adesea necesare în vederea diagnosticului diferențial (hepatită epidemică, insuficiență renală etc.) sau pentru boala de bază.

Tratament

Se întrerupe tratamentul cu digitală pînă la cedarea fenomenelor de supradozaj. Se întrerupe medicația care produce depleție de potasiu sau alte tulburări electrolitice. Dacă diureticele sînt necesare, este preferabilă administrarea unui diuretic mercurial.

Clorura de potasiu are eficiență mai mare în prezența hipokaliemiei. Se administrează în extrasistole și tahicardii ectopice. Poate fi periculoasă în blocuri severe, agravînd gradul acestora. Per os, dacă funcția renală este bună, se dau 4—6 g pe zi. Injecțiile intravenoase se indică în aritmii severe, în care este necesară o acțiune

Scanned with OKEN Scanner

rapidă. În aceste cazuri se recomandă monitorizarea electrocardiografică și întreruperea administrării substanței dacă apar fenomene de hiperpotasemie pe traseu. Doza pe zi este de 40—100 mEq, în soluție de glucoză 5% (40 mEq la 500 ml).

Medicația antiaritmică (procainamida, xilina, difenilhidantoina, chinidina, propranololul) are, în general, aceleași indicații, contraindicații și dozaj ca și în aritmiile de altă cauză. În tulburările de ritm supraventriculare și ventriculare, datorite supradozajului digitalic, se utilizează de predilecție difenilhidantoina.

Na EDTA se administrează în aritmii, ca agent chelator al calciului seric ionizat, în doză totală de 4 g/zi, din soluția de 0,8% în 500 ml glucoză 5% (8 mg/ml), timp de două ore, sub control electrocardiografic. Se întrerupe perfuzia dacă aritmia dispare. Efectul este adesea trecător.

În caz de ineficiență a terapiei medicamentoase asupra aritmiilor, se pot aplica mijloacele electrice de tratament. În fibrilația ventriculară se recurge, în cîteva secunde, la defibrilarea electrică, fără a mai tenta alte terapii. Dacă nu dispunem de defibrilator, se aplică celelalte metode de tratament.

Tratamentul simptomatic al vărsăturilor (p. 52, vol. I).

ANGINA PECTORALĂ

Elemente de diagnostic clinic

Durerea, localizată în regiunea precordială sau retrosternală, survine după efort, emoții, mese copioase, contact brusc cu atmosferă rece. De cele mai multe ori are caracter constrictiv; uneori. senzație de arsură sau presiune.

În cazurile tipice, durerea iradiază în umărul, brațul și antebrațul stîng, pînă la ultimele două degete. Există iradieri atipice spre umărul drept, baza gîtului, mandibulă, regiunea interscapulară, hipocondrul drept. Sediul maxim al durerii poate fi în oricare din zonele de iradiere menționate.

Senzația morții iminente sau starea de anxietate însoțesc adesea crizele. Durata durerii rareori depășește 3—5 minute (uneori pînă la 15 minute). Durerile se calmează prompt la repaus (nemișcare) sau la administrare de nitroglicerină.

Durerea din angina pectorală nu este influențată de mișcările respiratorii și de tuse, nu este provocată de anumite poziții ale corpului, nu are caracter pulsatil.

Scanned with OKEN Scanner

Examenul obiectiv, în afară de semnele bolii de bază, de regulă nu relevă date semnificative. În timpul crizei, pot exista uneori ascensiuni tensionale sau ritm de galop.

Angina pectorală poate surveni și în repaus (angina nocturnă, angina de decubit), deseori accesul dureros avînd o durată mai lungă (10—20 minute). Uneori, aceste crize anginoase sînt greu de diferențiat de insuficiența ventriculară stîngă (ortopnee, dispnee paroxistică nocturnă), cu care dealtfel se pot asocia. Proba terapeutică poate contribui la elucidarea diagnosticului: angina pectorală cedează la nitroglicerină, iar insuficiența cardiacă la cardiotonice și diuretice.

În rare cazuri, angina pectorală se însoțește de sincopă (forma sincopală).

Diagnostic diferențial: infarctul miocardic, stările de preinfarct, nevralgii, celulită, afecțiuni pleuropulmonare, pericardită, hernia hiatală, afecțiuni esofagiene. În cazul iradierilor atipice în epigastru sau hipocondrul drept: ulcer gastroduodenal, colică biliară, pancreatită acută.

Particularități clinice legate de substrat

Ateroscleroza coronariană este cauza cea mai frecventă a anginei pectorale. Vîrsta, alte localizări ale aterosclerozei (cerebrale, periferice), asocierea cu diabetul, hipertensiunea arterială și obezitatea, orientează diagnosticul etiologic.

Luesul cardiovascular afectează aorta, orificiul aortic și ostiumul coornarian. Antecedentele luetice, insuficiența aortică, prezența altor semne de lues constituie elemente de diagnostic etiologic.

Coronarița rickettsiană poate constitui, în cazuri rare, substratul anatomic al anginei pectorale. Se bănuie această etiologie la tineri provenind din medii care favorizează contaminarea (zootehnicieni, veterinari, personal de laborator etc.), cu stări subfebrile și cu alte manifestări ale bolii. Probele serologice, urmărite dinamic, și testul terapeutic cu tetraciclină, aduc argumente în acest sens.

Coronarita reumatismală poate surveni în cadrul tabloului clinic al reumatismului Bouillaud—Socolski, alături de alte manifestări cardiovasculare.

Trombangeita obliterantă, prin afectarea coronarelor poate evolua cu crize de angină pectorală.
alături de sincope de efort. Insuficiența coronariană este datorită

Stenoza aortică se poate manifesta clinic prin angină pectorală, hipertrofiei ventriculare mari (creșterea necesităților miocardului,

Scanned with OKEN Scanner

colabarea vaselor prin presiunea intramurală mult crescută), leziunilor de la nivelul ostiumului coronarian și, uneori, aterosclerozei asociate.

Alte cardiopatii: cord pulmonar cronic cu hipertensiune arterială pronunțată, cardiopatii congenitale cianogene, stenoza mitrală cu hipertensiune arterială pulmonară severă. În hipertensiunile pulmonare mari, angina pectorală apare după efort (crește rezistența pulmonară, scade debitul ventriculului stîng și debitul coronarian), fiind însoțită de accentuarea cianozei („angor coeruleus").

Factori favorizanți sau agravanți: tulburările de ritm, anemia, hipertiroidismul, bolile gastrointestinale și biliare, stările hipoxice, hipoglicemia.

Conduita de urgență

Primul acces de angină pectorală majoră trebuie considerat ca o stare de preinfarct, iar bolnavul trebuie internat de urgență. De asemenea, schimbarea caracterului unei angine pectorale mai vechi (creșterea frecvenței și a duratei, diminuarea răspunsului terapeutic la nitroglicerină) trebuie considerată ca o stare de urgență care necesită internare.

În criză se administrează nitroglicerină sublingual sau, în lipsa acesteia sau a altui vasodilatator, o băutură alcoolică concentrată.

De regulă, pînă la venirea medicului, criza cedează, așa încît indicațiile de tratament se referă la prevenirea și tratamentul crizelor următoare. Tratamentul poate fi efectuat la domiciliu (cu excepția situațiilor mai sus-menționate), dacă boala de bază nu impune internarea.

Examinări de urgență

Examinările paraclinice sînt necesare în special pentru elucidarea problemelor de diagnostic diferențial și pentru diagnosticul etiologic.

Electrocardiograma, în majoritatea cazurilor, nu este semnificativă pentru diagnosticul anginei pectorale.

În criză sau după efort se pot înregistra denivelări ale segmentului ST și modificări ale undei T (bifazice, aplatizate, negative, uneori ascuțite, simetrice); mai rar, tulburări de ritm (extrasistole, tahicardie paroxistică, tulburări de conducere a.v.).

Scanned with OKEN Scanner

Între crize, modificările electrocardiografice sînt datorite bolii de bază (hipertrofii ventriculare, blocuri de ramură etc.).

Alte examinări (transaminaze, glicemie, leucocite, VSH, amilazemie, radioscopie toracică sau abdominală etc.), pot fi necesare pentru diagnosticul diferențial cu infarctul miocardic sau cu sindromul intermediar, cu afecțiuni pleuropulmonare sau abdominale.

Tratament

Repausul la pat este indicat după prima angină pectorală majoră, minimum două săptămîni. Conduita terapeutică în aceste cazuri este cea din preinfarct.

Tratamentul crizei. *Nitroglicerina* este medicamentul de elecție al accesului de angină pectorală. Se administrează un coprimat (0,5 mg) sublingual. Acțiunea ei se manifestă la 1—2 minute. Se poate repeta administrarea drogului la 10 minute. Poate provoca cefalee, hipotensiune ortostatică, creșterea tensiunii intraoculare (se contraindică în glaucom).

Nitritul de amil, în perle sau fiole al căror conținut se inhalează după spargere, acționează în aproximativ 10 secunde. Produce înroșirea feței, cefalee, ameteli. Mirosul caracteristic împiedică uneori pacientul să utilizeze preparatul în prezența altor persoane.

Tratamentul de durată al bolnavilor cu angină pectorală se face cu regim igienodietetic și cu medicamente care ameliorează circulația coronariană (prin vasodilatație sau prin reducerea consumului de oxigen al miocardului).

Evitarea sau combaterea factorilor declanșanți sau favorizanți vizează condițiile de viață și de muncă, anemia, tulburările de ritm, hipertiroidismul, stările hipoxice, tulburările neuropsihice etc. Suprimarea fumatului este obligatorie.

Nitrații cu acțiune prelungită pot preveni crizele de angină pectorală sau le pot reduce frecvența și intensitatea prin efectul lor vasodilatator.

- *Eritroltetranitratul (Pentalong, Dilcoran):* 3×10—20 mg pe zi.
- *Pentaeritroltetranitratul:* 3—4×10—20 mg/zi.
- *Dinitratul de izosorbidă:* 3—4×10 mg/zi.

Betablocanții adrenergici reduc consumul de oxigen la nivelul miocardului.

Scanned with OKEN Scanner

• *Propranololul (Inderal)*, în doze de 10—40 mg, de 3—4 ori pe zi, se poate administra în lipsa insuficienței cardiace și a astmului bronșic.

• *Practololul (Eraldin)*, în doze de 100 mg, de 3—4 ori pe zi, are efecte secundare mai reduse decît propranololul.

Dipiridamolul (Persantin), pe lîngă efectul vasodilatator, are acțiune și asupra adezivității plachetare, diminuînd tendința de formare a trombilor plachetari. Se administrează 50—150 mg/zi (1 drageu = 25 și 75 mg) per os sau 10 mg i.v. sau i.m. (1 fiolă = 10 mg).

Derivații de cromone (Spasmocromona, Intensain) se pot administra per os (3—6×75 mg/zi) și i.v. (1—2×40 mg/zi).

Agozolul (Corontin, Segontin) se indică mai ales la bolnavii care au și insuficiență circulatorie cerebrală. Se contraindică în tulburări de conducere a.v. sau intraventriculare. Se începe tratamentul cu capsule a 60 mg de 2—3 ori pe zi, apoi, după rărirea crizelor, se pot da drageuri de 15 mg 3—4/zi sau supozitoare 2—3/zi.

Medicație adjuvantă: săruri de Mg și K ale acidului aspartic (Tromcardin), baze xantice, papaverină, aspirină (în doze mici, 3×0,25 g, pentru efectul ei asupra adezivității plachetare și activității fibrinolitice).

Tratamentul anticoagulant (heparină, trombostop) este recomandat după prima criză majoră de angină pectorală, angina pectorală prelungită sau cu crize frecvente care nu cedează la nitroglicerină, situații care se încadrează în starea de preinfarct (p. 71).

Cardiotonicele și diureticele se indică în angina de decubit pentru combaterea insuficienței ventriculare stîngi.

Tratamentul bolii de bază și al bolilor asociate se adresează aterosclerozei, diabetului, hipertensiunii arteriale, obezității, reumatismului Bouillaud—Socolski, rickettsiozelor, luesului.

STAREA DE PREINFARCT

Elemente de diagnostic clinic

Starea de preinfarct poate apare în plină sănătate aparentă sau poate fi precedată de crize de angină pectorală. Trebuie luate în considerate următoarele situații:

• Instalarea brutală a primei crize de angină pectorală;

• Schimbarea caracterului unei angine pectorale mai vechi: creșterea frecvenței și duratei crizelor, rezistența la tratamentul cu

Scanned with OKEN Scanner

nitroglicerină, semne însoțitoare neobișnuite (stare de rău, transpirații, astenie pronunțată, tulburări de ritm).

Diagnostic diferențial: angina pectorală, infarct miocardic, dureri toracice de diverse cauze (nevralgii, celulite, afecțiuni pleuropulmonare), dureri de origine abdominală (ulcer, colică biliară, pancreatită acută etc.).

Particularități clinice legate de substrat

Ca și în infarctul miocardic (p. 73), de cele mai multe ori, substratul stării de preinfarct îl constituie ateroscleroza coronariană; alte coronaropatii sînt mai rare.

Conduita de urgență

Internarea de urgență este obligatorie.

Se calmează durerea, în funcție de intensitatea ei, cu morfină, Mialgin, Fortral, Algocalmin, codeină. Se administrează sedative și se poate institui terapia anticoagulantă cu heparină. Transportul se face în aceleași condiții ca și în infarctul miocardic (mai ales că nu se poate exclude de la început existența acestuia).

Examinări de urgență

Electrocardiograma poate înregistra semne de ischemie (unde T negative, ascuțite, simetrice) și leziune (segment ST denivelat); nu se constată semne de necroză (undă Q patologică). Uneori nu există modificări electrocardiografice semnificative; alteori, modificarea traseului electric față de o înregistrare anterioară sau la examinări succesive atrag atenția asupra stării de preinfarct.

VSH, leucocitele, glicemia (în lipsa diabetului zaharat) sînt normale. *Transaminaza glutamicooxalacetică* poate fi ușor crescută.

Tratament

Tratamentul este similar cu cel din infarctul miocardic.

Repausul la pat este obligatoriu la început, dar severitatea și durata acestuia depind de evoluția simptomatologiei clinice și electrocardiografice. Dacă durerile cedează și în zilele următoare nu

Scanned with OKEN Scanner

apar semne de infarct, se poate permite mobilizarea bolnavului pentru nevoile personale. Repausul relativ şi supravegherea bolnavului vor fi menţinute pentru o perioadă de 2—3 săptămîni.

Calmarea durerii, dacă este intensă, se face cu morfină (0,1—0,2 g) sau Mialgin (1/2—1 fiolă), asociate cu atropină. În dureri mai puţin intense se poate administra Algocalmin, Fortral, codeină.

Sedarea bolnavului se obţine cu Diazepam, barbiturice, meprobamat, Napoton.

Betablocantele adrenergice (Inderal, Propranolol) se administrează ca şi în angina pectorală (p. 70).

Ca *medicaţie vasodilatatoare* se poate utiliza Intensain (i.v., 1—2 fiole, sau perfuzie lentă cu 200 mg în 250 ml ser fiziologic sau glucoză 5%).

Tratamentul anticoagulant (p. 78) se recomandă în toate cazurile, dacă nu sînt contraindicaţii, în scopul prevenirii trombozei, pentru o perioadă de 3—4 săptămîni. La bolnavii cu risc de tromboză crescut, tratamentul se poate prelungi (cîteva luni).

INFARCTUL MIOCARDIC

Elemente de diagnostic clinic

Durerea precordială este asemănătoare ca localizare, caracter şi iradiere cu durerea din angina pectorală, dar este mai severă, de durată mai lungă, nu se modifică la repaus şi nitroglicerină. Durerea poate fi însoţită de transpiraţii reci, agitaţie, anxietate, astenie pronunţată, uneori greţuri şi vărsături.

Hipotensiunea arterială şi tahicardia sînt de regulă prezente. Uneori, starea de şoc domină tabloul clinic de la început, dar o anamneză atentă poate evidenţia, de cele mai multe ori, durerile precordiale care au precedat-o. Şocul „inexplicabil", edemul pulmonar, insuficienţa cardiacă rapid progresivă, sincopa, astenia profundă, tulburările de ritm, emboliile sistemice, atrag atenţia asupra unui infarct miocardic chiar în absenţa durerii.

Examenul obiectiv al cordului, în cazurile necomplicate, nu oferă date semnificative. Alteori se constată estomparea zgomotelor cardiace, ritm de galop, tulburări de ritm. Frecăturile pericardice apar la 2—5 zile.

Febra este absentă la început; creşte după 24 ore, pînă la 37°—39°C, şi persistă 3—5 zile.

Scanned with OKEN Scanner

Diagnostic diferențial: angina pectorală, starea de preinfarct, pericardite acute, embolii pulmonare, disecția aortei, pneumotoracele spontan, durerile abdominale acute etc.

Particularități clinice legate de substrat

Ateroscleroza coronariană este cauza cea mai frecventă a infarctului miocardic. Vîrsta, alte localizări ale aterosclerozei, asocierea diabetului, a hipertensiunii arteriale și obezității, constituie elemente de diagnostic etiologic.

Embolia coronariană din endocardita bacteriană se manifestă mai frecvent prin moarte subită; uneori se poate constitui infarctul miocardic. Tabloul clinic care precede infarctul sugerează această posibilitate.

Coronarita rickettsiană, în cazuri rare, se poate manifesta sub forma infarctului miocardic. Se bănuie această etiologie la tineri cu stări subfebrile și cu alte manifestări ale bolii, provenind din medii care fac posibilă contaminarea (medici veterinari, zootehnicieni, personal de laborator, etc.). Probele serologice, urmărite dinamic și testul terapeutic aduc argumente în acest sens.

Coronarita reumatismală intră în discuție atunci, cînd infarctul apare în cadrul unui puseu de reumatism Bouillaud—Socolski.

Trombangeita obliterantă poate afecta coronarele. Apariția infarctului la un bolnav cu manifestările periferice ale bolii orientează diagnosticul etiologic.

Complicații și perturbări asociate

Șocul poate apare de la început sau în evoluția bolii (datorită extinderii infarctului, aritmiilor sau emboliei pulmonare). Se manifestă prin scăderea tensiunii arteriale sub 80 mmHg, tahicardie, transpirații, extremități reci, palide sau cianotice, dispnee cu polipnee, astenie profundă, tulburări neuropsihice pînă la comă, oligurie.

Hipotensiunea arterială inițială, fără semne clinice de șoc, care dispare după calmarea durerii, nu trebuie atribuită șocului cardiogen. De asemenea, scăderi tensionale în afara șocului pot surveni după administrarea opiaceelor și sedativelor.

Insuficiența ventriculară stîngă poate fi manifestarea inițială și predominantă a infarctului. Alteori apare la cîteva ore sau zile după instalarea acestuia. Tratamentul sedativ și șocul pot masca

Scanned with OKEN Scanner

insuficiența cardiacă. În formele mai puțin severe se întîlnește dispnee paroxistică, ortopnee, tuse. Forma cea mai gravă, care poate provoca decesul, este edemul pulmonar.

Insuficiența ventriculară dreaptă (vene turgescente, hepatomegalie sensibilă, edeme) se dezvoltă mai rar la primul infarct; la bolnavii cu multiple infarcte în antecedente poate domina tabloul clinic, uneori fiind declanșată de infecții sau embolii pulmonare.

Aritmiile cele mai frecvent întîlnite sînt extrasistolele, fibrilația atrială și tulburările de conducere (inclusiv blocul complet), dar orice altă tulburare de ritm poate fi prezentă (ritm joncțional, tahicardie ventriculară, flutter atrial etc.). Fibrilația ventriculară, una din cauzele morții subite în infarctul miocardic, poate fi precedată de extrasistole ventriculare. În acest sens au semnificație prognostică extrasistolele ventriculare frecvente (peste 5—10 pe minut), consecutive, multifocale, situate precoce în diastolă (înainte de sfîrșitul undei T, mai ales pe panta ascendentă a acesteia).

Emboliile pulmonare sînt frecvente, avînd punct de plecare în trombozele venoase ale membrelor inferioare sau ale micului bazin. Pot îmbrăca aspectul emboliei masive, al infarctului pulmonar sau al microemboliilor. Au tendință de repetare și uneori sînt greu de diferențiat de insuficiența ventriculară stîngă.

Emboliile sistemice, cu punct de plecare din trombii murali, pot avea localizare cerebrală, renală, splenică, mezenterică, periferică.

Ruptura inimii survine în primele două săptămîni, fiind urmată de hemopericard cu tamponadă cardiacă și moarte în cîteva minute, excepțional în cîteva ore.

Ruptura septului interventricular este mai rară. Produce stare de șoc, insuficiență cardiacă rapid progresivă, suflu holosistolic în spațiul III—IV parasternal stîng, tulburări de ritm (în special de conducere).

Ruptura mușchilor papilari determină dispnee pronunțată, cu dezvoltarea rapidă a edemului pulmonar, stare de șoc, suflu holosistolic în zona ventriculară stîngă.

Moartea subită poate surveni în oricare stadiu al evoluției bolii, prin fibrilație ventriculară, stop cardiac, ruptura inimii, embolie pulmonară.

Tromboza cerebrală, favorizată de scăderea debitului cardiac (șoc, sindrom Adams—Stockes), pe fondul aterosclerozei cerebrale, poate fi prima manifestare clinică a infarctului miocardic sau o complicație în evoluția bolii.

Scanned with OKEN Scanner

Bronhopneumonia poate complica evoluția infarctului miocardic, mai ales în prezența stazei și emboliei pulmonare.

Diabetul zaharat este adesea prezent, uneori relevat sau agravat de infarctul miocardic.

Conduita de urgență

Se pune bolnavul în repaus complet la pat și se calmează durerea cu o fiolă de morfină sau de Mialgin, asociate cu atropină. Pentru prevenirea tulburărilor de ritm se poate administra 250 mg (25 ml din soluția 1%) xilină i.m.

În prezența șocului, a insuficienței ventriculare stîngi sau a tulburărilor grave de ritm, primele măsuri se aplică la locul unde se găsește bolnavul, bineînțeles în funcție de posibilitățile imediate de care dispune medicul consultant, de timpul necesar pînă la internare (sosirea salvării, distanța pînă la spital) și de dotarea ambulanței care transportă bolnavul.

Deși transportul comportă unele riscuri dacă nu se face cu ambulanțe special echipate pentru asistența coronarienilor, toți bolnavii trebuie internați cît mai urgent în spital, iar atunci cînd este posibil în unități specializate. Accidentele acute care pun în pericol viața bolnavului în oricare moment, chiar dacă tabloul clinic pare mai puțin grav la început, necesită măsuri care nu pot fi aplicate la domiciliu.

Transportul se face evitîndu-se orice efort din partea bolnavului. Trebuie să se atragă atenția pacientului și familiei sale asupra gravității bolii, bineînțeles într-o modalitate adaptată stării psihice și pregătirii lor, mai ales atunci cînd refuză internarea sau nu se supun repausului.

În caz de algii precordiale, fără un tablou clinic bine conturat dar care survin la vîrstnici, hipertensivi sau diabetici, nu trebuie să se uite că este mai scuzabilă o internare inutilă de urgență, decît o eroare de diagnostic, care poate costa viața bolnavului.

Examinări de urgență

Electrocardiograma, VSH, glicemie, leucocite, transaminaze, coagulogramă. În stări de șoc: azot, ionogramă, rezerva alcalină, diureza orară și, dacă este posibil, presiunea venoasă centrală și presiunea diastolică din artera pulmonară.

Scanned with OKEN Scanner

Electrocardiograma. Principalele modificări electrocardiografice din infarctul miocardic, în imagine directă, sînt: unda Q patologică (necroza), supradenivelarea segmentului ST („leziunea") şi unda T negativă, ascuţită, simetrică („ischemia"). În funcţie de derivaţiile în care se constată aceste semne directe se face diagnosticul topografic:

- infarcte anterioare şi laterale: D_1, aVL, V_1—V_6
- infarcte posteroinferioare: D_2—D_3, aVF
- infarct apical: D_1—D_2—D_3, aVL, V_4
- infarct lateral: D_1—D_2, aVL, V_5—V_6
- infarct septal profund: D_2—D_3, aVF, V_1—V_2

În perioada iniţială (26—36 ore de la debut): supradenivelarea amplă a segmentului ST, contopită cu unda T (unda în dom), unda Q.

În următoarele 5—8 zile: unda Q, segmentul ST supradenivelat, unda T negativă. Treptat, segmentul ST coboară spre linia izoelectrică, iar unda T devine tot mai amplă.

În săptămîna a doua: undă Q şi undă T negativă, amplă: ST devine izoelectric.

În următoarele 1—3 săptămîni: unda T negativă se micşorează treptat.

După mai multe săptămîni sau luni persistă doar unda Q şi unda T de amplitudine mică (de obicei uşor negativă, dar poate fi difazică sau pozitivă).

Unda Q persistă, de regulă, toată viaţa.

Electrocardiograma fără semne de infarct nu exclude cu certitudine existenţa acestuia.

În interpretarea fenomenelor biologice datorite necrozei trebuie să se ţină seama de dinamica lor, pentru a nu considera semnificativă lipsa unui anumit criteriu de diagnostic.

Transaminaza glutamicooxalacetică creşte la 6—12 ore, cu nivel maxim la 24—48 ore, şi persistă 3—5 zile.

VSH este normală la început, creşte în ziua 2—3-a şi rămîne ridicată 2—4 săptămîni.

Numărul leucocitelor poate creşte pînă la 10—15.000, menţinîndu-se crescut 1—2 săptămîni.

Coagulograma nu are valoare diagnostică, dar trebuie efectuată pentru instituirea şi controlul terapiei anticoagulante.

Glicemia crescută poate apare în stări de şoc, dar poate fi expresia unui diabet zaharat, pe care instalarea infarctului l-a făcut manifest sau l-a agravat.

Scanned with OKEN Scanner

Măsurarea *presiunii venoase centrale*, și, mai ales, a *presiunii diastolice din artera pulmonară* are o mare valoare în șocul cardiogen, pentru recunoașterea hipovolemiei și controlul terapiei (vezi „Șocul").

Tratament

Repausul la pat trebuie să fie absolut în prima săptămînă, indiferent de gravitatea tabloului clinic. În continuare, gradul imobilizării și durata acesteia vor fi adaptate în funcție de evoluția simptomelor și de prezența complicațiilor. Dacă însă bolnavul nu are dureri, febră, tulburări de ritm sau alte complicații, începînd chiar din prima săptămînă se permite schimbarea poziției în pat, mișcări active ale membrelor. Durata repausului la pat este de 2—3 săptămîni. Mobilizarea se face progresiv (ședere pe marginea patului, ședere în fotoliu, ridicare din pat), sub controlul pulsului și tensiunii arteriale.

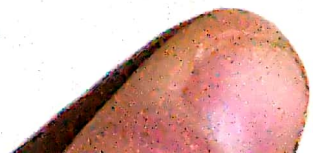
Calmarea durerii se face cu morfină, dacă intensitatea ei este mare, 0,01—0,02 g (1 fiolă = 0,02 g), subcutanat sau intramuscular. Dacă durerile nu cedează, se poate repeta administrarea morfinei la 15—20 minute, eventual intravenos, încet, diluată în ser fiziologic, sub controlul respirației. Repetarea ulterioară a dozelor la 4—6 ore, atunci cînd este necesară, se face sub controlul tensiunii arteriale și respirației, deoarece morfina poate produce hipotensiune și deprimarea ventilației pulmonare, cu accentuarea hipoxiei. Doza totală pe 12 ore nu va depăși 0,06 g. Asocierea cu atropina (1 mg subcutanat sau intramuscular) poate preveni bradicardia și reflexele vagale hipotensoare, diminuînd și fenomenele dispeptice induse de morfină.

Rezultate similare cu ale morfinei se pot obține cu Mialgin, 50—100 mg (1 fiolă = 100 mg), subcutanat sau intramuscular, repetat la nevoie la interval de 3—4 ore, eventual în injecție intravenoasă, diluat în 10 ml ser fiziologic sau glucoză 10%.

Dacă durerile sînt de mai mică intensitate se poate încerca calmarea lor cu Algocalmin, Fortral, fenobarbital, codeină.

În prima săptămînă a infarctului miocardic, dacă bolnavul este în stare de șoc, nu se administrează nitroglicerină (poate accentua scăderea tensiunii arteriale).

Sedativele (fenobarbital, Diazepam, Meprobamat, Napoton) sînt utilizate după cedarea durerii, pentru combaterea anxietății și favorizarea repausului la pat.



Scanned with OKEN Scanner

Oxigenul este necesar în cazurile severe, cu dispnee, cianoză, edem pulmonar, stare de şoc, dar poate fi util şi pentru calmarea durerii.

Anticoagulantele. Aplicarea lor sistematică este controversată. Unii nu o recomandă decît în cazurile severe şi în cazurile complicate. Avînd în vedere evoluţia imprevizibilă a oricărui infarct, indiferent de starea iniţială, şi de eficienţa dovedită a anticoagulantelor în prevenirea complicaţiilor tromboembolice, considerăm că aplicarea lor este recomandabilă în toate cazurile, atunci cînd nu există contraindicaţii (ulcer gastroduodenal, insuficienţă hepatică, hipertensiune arterială severă, vîrsta peste 70 ani, insuficienţă renală, sindrom hemoragipar etc.), şi cînd se poate asigura controlul de laborator.

Tratamentul se începe cu heparină, 400—600 mg (1 fiolă = 50 mg), cîte 2 fiole la 4—6 ore. Concomitent se administrează Trombostop, 4—6 tablete pe zi. La 48 ore se controlează timpul de protrombină (timpul Quick); dacă s-a obţinut hipocoagulabilitatea eficientă (indice de protrombină între 20—30%) se sistează heparina şi se continuă numai cu Trombostop, în doze care să menţină indicele de protrombină la nivelul amintit. Controlul se face la început la 2—3 zile, apoi, cînd se cunoaşte toleranţa individuală, la 1—2 săptămîni.

Tratamentul trombolitic cu streptokinază sau urokinază se aplică numai în unităţile spitaliceşti în care se poate face controlul corespunzător al terapiei (timpul de trombină, timpul de liză a euglobulinelor, fibrinogen, timpul Howell, timpul de protrombină).

Streptokinaza se poate administra după următoarea schemă:

- doza iniţială: 250.000 U.I. în 50 ml ser fiziologic sau glucoză 5%, perfuzie i.v., timp de 30 minute (30 picături/minut);
- în următoarele 7 ore şi jumătate: 750.000 U.I. în 500 ml ser fiziologic sau glucoză 5%, perfuzie i.v., 17—25 picături/minut;
- între 8—16 ore: 750.000 U.I. în 500 ml ser fiziologic sau glucoză 5%, perfuzie i.v., 15—20 picături/minut; tratamentul se poate eventual prelungi, cu aceeaşi doză, încă 4—6 ore;
- după 24 ore (uneori după 8—16 ore) se instituie terapia anticoagulantă: heparină, 10.000 U, în primele 12 ore, 25—30.000 U, în următoarele 24 ore; concomitent se administrează Trombostop, 6—8 mg, în primele 24 ore, 2—4 mg, în următoarele 24 ore.

Doza de streptokinază şi momentul instituirii terapiei anticoagulante depind de rezultatele determinărilor biologice, care trebuie repetate la 4—6 ore.

Scanned with OKEN Scanner

În interpretarea rezultatelor biologice trebuie să se țină seama de faptul că dozele prea mici de streptokinază, incapabile de a liza trombul, au efect predominant anticoagulant. Hiperplasminemia care rezultă din activarea proenzimei din circulație duce la proteoliză plasmatică, iar produșii de liză, în special ai fibrinogenului, inhibă procesul de coagulare. În consecință, timpul de trombină se prelungește mult, iar fibrinogenul plasmatic scade. Dozele prea mari, care au efect trombolitic exclusiv în interiorul cheagului, scad timpul de liză a euglobulinelor, însă influențează prea puțin timpul de trombină și nivelul fibrinogenului. În aceste condiții, riscul retrombozării este mare.

Un tratament eficient accelerează timpul de liză a euglobulinelor la valori sub 30 minute, prelungește timpul de trombină de 2—4 ori față de normal (valori normale 17—24 secunde); fibrinogenemia nu trebuie să scadă sub 150 mg%.

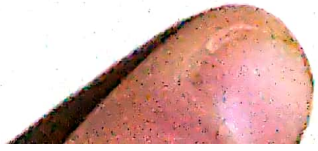
- Dacă la 3—5 ore după prima doză, timpul de trombină este mult crescut (5—6 ori față de normal), iar fibrinogenemia este scăzută sub 100 mg%, se crește doza de streptokinază la 200.000 U.I./oră. După ce timpul de trombină revine la valori optime (2—4 ori față de normal), se scad dozele la 100.000 U.I./oră.
- Dacă timpul de trombină este normal, iar timpul de liză a euglobulinelor foarte scurt, se scade doza de streptokinază la 50.000 U.I./oră (pentru a permite producerea de plasmină și a obține astfel și efectul anticoagulant).
- În cazul în care timpul de trombină este normal, se asociază anticoagulantele, sub controlul timpului Howell pentru heparină și al timpului de protrombină pentru preparatele cumarinice.

Tratamentul insuficienței cardiace nu diferă de tratamentul insuficienței cardiace în general. Presiunea venoasă centrală și presiunea diastolică din artera pulmonară crescute, chiar în lipsa fenomenelor clinice de insuficiență ventriculară stîngă, impun tratament cardiotonic și diuretic.

Tratamentul șocului cardiogen (p. 14, vol. I).

Tratamentul tulburărilor de ritm (p. 35)

Asistarea mecanică a circulației, cu torace închis (contrapulsația sincronizată, by-pass transarterial al ventriculului stîng, by-pass cardiopulmonar) sau deschis (by-pass transapical al ventriculului stîng, masaj cardiac intern prin diverse dispozitive) se aplică în servicii specializate, cu scopul de a prelua o parte din munca inimii în infarctele miocardice grave.



Scanned with OKEN Scanner

EMBOLIA PULMONARĂ

Elemente de diagnostic clinic

Dispneea acută este cel mai frecvent simptom al emboliei pulmonare. Poate fi însoțită de dureri toracice (retrosternale, mamelonare sau la baza hemitoracelui), tuse cu sau fără spută hemoptoică, cianoză, raluri crepitante sau sindrom de condensație pulmonară, frecături pleurale sau colecție pleurală, tahicardie, scăderea tensiunii arteriale, anxietate, subfebrilități, sincopă sau stare de șoc.

Oricare din simptomele sau semnele de mai sus, apărute izolat sau în asociație, trebuie să atragă atenția asupra emboliei pulmonare, mai ales dacă există semne clinice de tromboză venoasă profundă sau dacă sînt prezente condițiile care favorizează apariția tromboemboliei pulmonare, a emboliei grăsoase, gazoase sau amniotice.

Simptomatologia clinică a emboliei pulmonare depinde de calibrul arterei obstruate:

- Emboliile masive (cînd 60% sau mai mult din circulația pulmonară este scoasă din funcție) se manifestă prin tabloul clinic al *cordului pulmonar acut:* durere retrosternală, dispnee pronunțată, cianoză, accentuarea zgomotului II în zona arterei pulmonare, galop ventricular drept, turgescența jugularelor, hepatomegalie, stare de șoc. Uneori apare edemul pulmonar în zona pulmonară neischemiată.
- Emboliile care obstruează artere de calibru mijlociu se manifestă prin tabloul clinic al *infarctului pulmonar:* junghi toracic (mai ales în dreapta), tuse cu spută hemoptoică, frecături pleurale, colecție pleurală.
- *Emboliile mici* sînt mai greu de recunoscut, evoluînd cu simptomatologie mai puțin caracteristică: dispnee, subfebrilități sau tahicardie neexplicate, anxietate, lipotimii.

Diagnosticul unei embolii pulmonare întîmpină dificultăți mai ales la cardiacii decompensați. Agravarea decompensării, persistența dispneei și tahicardiei după un tratament cardiotonic corect, apariția tulburărilor de ritm (mai ales a fibrilației atriale), uneori subfebrilități neexplicate, atrag atenția asupra microemboliilor pulmonare. Adesea numai eficiența promptă a tratamentului anticoagulant elucidează diagnosticul.

Scanned with OKEN Scanner

Diagnostic diferențial: infarct miocardic, pneumotorace spontan, disecția aortei, pneumopatii acute (mai ales dacă survin la cardiaci), diverse alte boli cardiace sau pulmonare care evoluează cu dispnee, hemoptizii, dureri toracice, stare de șoc.

Particularități clinice legate de substrat

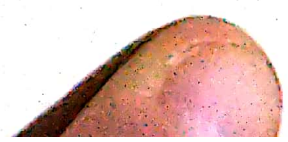
Trombembolia pulmonară este cauza cea mai frecventă a obstruării arterelor pulmonare. De cele mai multe ori, tromboza venoasă profundă constituie sursa emboliei pulmonare; uneori, emboliile pornesc din trombii formați în cavitățile drepte ale inimii, în cursul diverselor forme de endocardite sau cardiomiopatii.

Diagnosticul *trombozei venoase profunde* nu întîmpină dificultăți în stadiile avansate (phlegmasia alba dolens). Adesea însă emboliile pulmonare apar în stadiul preobliterant al bolii, cînd semnele generale și locale sînt mai puțin evidente: tahicardie, subfebrilități, sensibilitatea și împăstarea moletului, creșterea comparativă a circonferinței gambei interesate, dilatarea rețelei venoase superficiale, vizibilă mai ales în ortostatism, discret edem maleolar.

Aceste semne trebuie căutate la toți bolnavii la care sînt prezente condițiile care favorizează apariția trombozei venoase: insuficiența cardiacă, infarct miocardic, intervenții chirurgicale (mai ales pe micul bazin și pe abdomen), traumatisme (mai ales ale membrelor inferioare și pelvisului), nașteri, neoplasme viscerale (mai ales de pancreas), policitemii, boli infecțioase, imobilizări prelungite pentru diverse boli (fracturi, accidente vasculare cerebrale), șederi îndelungate pe scaun (în avion, autobus), la persoane obeze, peste 50 ani, cu varice.

Embolia gazoasă a circulației arteriale pulmonare rezultă din pătrunderea aerului în venele sistemice, prin injecții, perfuzii, cateter implantat în vena subclavie sau vena cavă superioară, insuflație de aer în scop diagnostic sau terapeutic (retropneumoperitoneu, histerosalpingografie, encefalografii etc), intervenții chirurgicale, mai ales în regiunea gîtului. Atunci cînd cantitatea de aer este mică sau moderată poate apare o formă ușoară de edem pulmonar. Pătrunderea unei cantități mai mari (cîteva sute de ml) poate determina oprirea inimii, precedată sau nu de cianoză, paloare, stare de șoc, dispnee sau comă. Prezența aerului în ventriculul drept produce zgomote hidroaerice care pot fi percepute la auscultația inimii.

Embolia gazoasă care rezultă din pătrunderea aerului în circulația venoasă pulmonară (după intervenții chirurgicale pleuropul-



Scanned with OKEN Scanner

monare și cardiace, pneumotorace artificial, traumatisme toracice, spălături pleurale) ajunge în inima stîngă și apoi în diverse teritorii arteriale, producînd obstrucții arteriolare, în special cerebrale și coronariene. Pot apare oprirea inimii, comă, convulsii, paralizii, afazie, amauroză, stare confuzivă, halucinații.

Apariția emboliilor gazoase, concomitent în circulația sistemică și pulmonară, poate fi determinată de accidentele de decompresiune (la persoane care lucrează în aer comprimat, în special în mediu subacvatic).

Embolia grăsoasă poate complica evoluția fracturilor osoase (în special ale femurului și tibiei); mai rar survine după traumatisme ale țesutului adipos subcutanat, osteomielite, arsuri etc.

În aceste condiții, la cîteva ore pînă la trei zile, apar brusc manifestările clinice sugestive: dispnee, tuse cu spută hemoptoică, tahicardie, paloare sau cianoză, stare de agitație, transpirații, febră; în cazurile grave, stare de șoc, cord pulmonar acut, edem pulmonar.

Uneori, globulele de grăsime traversează circulația pulmonară și, ajungînd în circulația sistemică, obstruează arteriolele și capilarele din diverse teritorii vasculare, determinînd variate manifestări viscerale sau periferice (somnolență, dezorientare, convulsii, paralizii, respirație Cheyne—Stockes, comă, peteșii etc.).

Embolia amniotică survine în cursul travaliului, expulsiei sau în perioada imediat următoare. Tabloul clinic este dominat de starea de șoc, precedată sau însoțită de dispnee, tuse, cianoză, agitație, anxietate, grețuri și vărsături, frisoane, uneori edem pulmonar, comă. Bolnava poate sucomba în cîteva minute.

Conduita de urgență

Orice bolnav cu embolie pulmonară trebuie internat, indiferent de gravitatea momentană a tabloului clinic, ținînd seama că embolii pulmonare mici pot precede emoblii masive.

Măsurile aplicate imediat se adresează în primul rînd manifestărilor grave: combaterea stării de șoc și a insuficienței cardiace, resuscitare cardiorespiratorie (în caz de oprire a inimii), spasmolitice, oxigen. Calmarea durerii și a agitației se face cu antialgice și sedative; numai în cazurile cu dureri foarte intense, atunci cînd nu este prezentă starea de șoc, se administrează morfină sau Mialgin.

Scanned with OKEN Scanner

În tromboembolie pulmonară se poate institui tratamentul cu heparină (i.v. 100 mg = 2 fiole), dacă nu sînt contraindicații.

În embolia gazoasă, cu prezența aerului în ventriculul drept, se pune bolnavul în decubit lateral stîng.

Examinări de urgență

Electrocardiograma este utilă atît pentru evidențierea semnelor de cord pulmonar acut, cît și pentru excluderea, uneori dificilă, a unui infarct miocardic.

În cordul pulmonar acut, modificările electrocardiografice sînt în primul rînd datorite încărcării atriale și ventriculare drepte, la care se pot adăuga semne de insuficiență coronariană acută, mai ales în stări de șoc și hipoxie, sau tulburări de ritm. Astfel se pot constata:

- Unde P de amplitudine mare, ascuțite, simetrice, cu axul deviat la dreapta;
- Axul QRS deviat la dreapta; în derivațiile standard, complexele de tip S_1—Q_3; la precordiale, aspect rsR' în V_1—V_2, unde S în V_5—V_6;
- Segmentul ST subdenivelat și unde T negative în D_1, aVF și V_1, uneori dispariția sau supradenivelarea (în dom) a segmentului ST și unde T negative, simetrice, în precordialele drepte, iar în cazurile grave, și în precordialele stîngi;
- Deplasarea spre stînga a zonei de tranziție;
- Fibrilație atrială, flutter atrial, tahicardie paroxistică supraventriculară.

Modificările electrocardiografice sînt tranzitorii; dispar în cîteva zile. Electrocardiograma normală nu exclude embolia pulmonară.

Radioscopia toracică poate evidenția ridicarea hemidiafragmului de partea emboliei, dilatarea arterei pulmonare, uneori condensație pulmonară, datorită infarctului pulmonar, la 12—16 ore după debut. Aspectul radiologic normal nu exclude embolia pulmonară.

VSH, leucocitele, transaminaza GOT, și, mai ales, *lactic dehidrogenazele* pot fi crescute, fără însă a avea o valoare diagnostică deosebită.

Coagulograma (timpul Howell, timpul Quick) se efectuează în special pentru controlul terapiei anticoagulante. Creșterea *produșilor de degradare a fibrinogenului* este semnificativă pentru diagnosticul emboliei pulmonare.

Scanned with OKEN Scanner

În stările de şoc, *presiunea venoasă centrală* este constant crescută.

Scintigrafia pulmonară poate da informaţii asupra sediului emboliei şi extinderii zonei infarctate.

Arteriografia este necesară pentru localizarea emboliei în cazurile la care se indică intervenţia chirurgicală.

Alte examinări pot fi necesare în stările de şoc (ionogramă, azot, rezerva alcalină, hematocrit, diureza orară etc.) sau pentru boala de bază.

Tratamentul tromboemboliei pulmonare

Repausul la pat este necesar în toate cazurile.

Calmarea durerii se poate face cu Mialgin (o fiolă s.c. sau i.m.) sau morfină (0,01—0,02 g s.c. sau i.m.), dacă durerile sînt de intensitate mare şi nu sînt contraindicaţii. În stările de şoc, pe cît posibil, vor fi evitate. Asocierea lor cu atropina combate efectele colaterale ale acestora şi, în acelaşi timp, cupează reflexele vagale cu răsunet vascular sau bronşic.

În cazul în care durerile sînt de intensitate mai mică se pot utiliza: Algocalmin, Fortral, Romergan, codeină.

Medicaţia spasmolitică vizează combaterea hipertensiunii pulmonare şi a bronhoconstricţiei: miofilin (1—2 fiole i.v. la 8 ore), papaverină (1 fiolă s.c. sau i.m. la 4—6 ore).

Oxigenoterapia, în concentraţie mare, 10—15 l/minut, sub mască, se indică în stări de şoc, dispnee, cianoză.

Anticoagulantele se aplică în toate cazurile, dacă nu sînt contraindicaţii, sub control de laborator. Tratamentul se începe cu heparină, 400—600 mg/zi i.v., 100 mg (2 fiole) la 4—6 ore. Concomitent se administrează 4—6 tablete Trombostop pe zi. La 48 ore se controlează timpul de protrombină (timpul Quick); dacă s-a obţinut hipocoagulabilitatea eficientă (indice de protrombină între 20—30%) se sistează heparina şi se continuă tratamentul cu Trombostop, în doze care menţin indicele de protrombină la nivelul amintit. Dacă nu se poate administra Trombostop (bolnav inconştient, intoleranţă digestivă), se continuă cu heparina, în doze care menţin coagularea globală între dublul şi triplul normalului.

Tratamentul trombolitic (p. 78) se efectuează numai în servicii în care se poate face controlul corespunzător al terapiei. Se indică în special în embolia pulmonară masivă. Durata tratamentului este de maximum 2—3 zile.

Scanned with OKEN Scanner

Combaterea şocului cardiogen (p. 14, vol. I) se face cu perfuzii cu lichide (deşi presiunea venoasă centrală este crescută inima stîngă lucrează cu un volum scăzut de sînge), iar ca medicaţie vasoactivă se preferă izoproterenolul, dacă nu sînt contraindicaţii (prăbuşirea tensiunii arteriale, tahicardie peste 100/minut).

Antibioticele sînt utile în caz de infarct pulmonar, pentru prevenirea şi tratamentul infecţiilor supraadăugate. Se pot administra: penicilină + streptomicină, ampicilină, cloramfenicol, tetraciclină. În timpul tratamentului anticoagulant se va evita, pe cît posibil, calea intramusculară (pericol de hematoame care se pot suprainfecta).

Combaterea insuficienţei cardiace se face cu cardiotonice, în doze corespunzătoare digitalizării rapide şi cu diuretice cu acţiune rapidă (furosemid, acid etacrinic).

Tratamentul tulburărilor de ritm se face cu mijloace adecvate tipului de aritmie constatată (p. 35).

Tratamentul chirurgical. Ligatura venei cave inferioare intră în discuţie în cazul emboliilor pulmonare repetate care pun în pericol viaţa bolnavului. Embolectomia de urgenţă, indicată în emboliile pulmonare masive, aparţine serviciilor de specialitate.

Tratamentul emboliei gazoase

- Aşezarea bolnavului într-o poziţie care să favorizeze ieşirea bulelor de gaz din teritoriul afectat: în emboliile inimii drepte — decubit lateral stîng, în emboliile cerebrale — cu capul în jos.
- Oxigenoterapie.
- Asigurarea ventilaţiei pulmonare; în cazuri grave, intubaţie sau traheotomie cu respiraţie asistată.
- Resuscitare cardiorespiratorie, în oprirea inimii.
- Combaterea stării de şoc, dacă este prezentă.
- Hemisuccinat de hidrocortizon în caz de edem pulmonar.
- Combaterea simptomatică a stării de agitaţie şi a convulsiilor (barbiturice, hidroxizin).
- Toracotomie şi extragerea aerului prin puncţia ventriculului drept, în caz de embolie pulmonară blocată în ventriculul drept.

Tratamentul emboliei grăsoase şi a emboliei amniotice

Aceste forme de embolie pulmonară nu beneficiază de un tratament specific. Măsurile terapeutice se adresează stării de şoc, cordului pulmonar acut, edemului pulmonar sau altor tulburări prezente.

Scanned with OKEN Scanner

DISECȚIA AORTEI

Elemente de diagnostic clinic

Durerea violentă, instalată brusc, cu maximă intensitate încă de la debut, este simptomul dominant. Localizarea durerii este retrosternală, epigastrică sau toracică posterioară, cu iradieri extinse (spre regiunea cervicală, interscapulară, lombară, abdomen, umeri, extremități).

Durerea este însoțită de paloare, transpirații, tahicardie, polipnee.

La examenul obiectiv al cordului se poate constata apariția unui suflu diastolic în zona aortică (insuficiență aortică).

Tensiunea arterială este ridicată, chiar dacă scade față de valorile anterioare.

În funcție de localizarea procesului pot apare fenomene de ischemie la nivelul arterelor cerebrale (sincopă, convulsii, tulburări de vedere, hemiplegie), medulare (paraplegii), coronare (infarct miocardic), mezenterice (infarct intestinomezenteric, ileus), renale (hematurie, oligurie), subclavii (inegalitatea pulsurilor), iliace (ischemie periferică).

Ruptura aortei poate fi urmată de colecție pericardică cu tamponadă cardiacă, colecție pleurală, compresiune mediastinală, hematom retroperitoneal. Insuficiența cardiacă este datorită insuficienței aortice progresive.

Moartea survine în cîteva ore de la debut; uneori există ameliorări trecătoare, cu supraviețuiri de săptămîni sau luni.

Diagnostic diferențial: infarct miocardic, embolie pulmonară, infarct intestinomezenteric.

Particularități clinice legate de substrat

Necroza chistică a mediei constituie substratul anatomic în majoritatea cazurilor. Survine mai ales la bărbați, peste vîrsta de 50 ani, fiind favorizată în special de hipertensiunea arterială. Sub vîrsta de 40 de ani, disecția aortei apare mai ales în coarctația aortei, în sindromul Marfan și în graviditate.

Scanned with OKEN Scanner

Conduita de urgență

Internarea este obligatorie. Primele măsuri terapeutice se adresează durerii și hipertensiunii arteriale. Calmarea durerii se încearcă cu morfină, Mialgin sau Algocalmin. Dacă hipertensiunea arterială este prezentă, se administrează un hipotensor cu acțiune rapidă (Raunervil i.m.).

Examinări de urgență

Electrocardiograma este utilă în special pentru diagnosticul diferențial cu infarctul miocardic. În disecția aortei modificările electrocardiografice pot fi date de hipertensiunea arterială preexistentă, uneori asociată cu cardiopatie ischemică sau de complicații (ocluzie coronariană, hemopericard).

Radiografia toracică poate evidenția lărgirea aortei ascendente (comparativ cu examinări anterioare sau la examinări succesive, efectuate zilnic), colecție pleurală, colecție pericardică.

Aortografia este necesară în special atunci cînd se stabilește indicația chirurgicală.

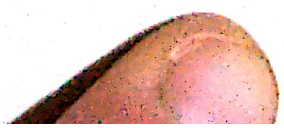
Alte examinări (examenul urinii, examenul scaunului, fundul de ochi) pot fi necesare pentru stabilirea teritoriilor vasculare interesate.

Tratament

Bolnavul va fi plasat cu capul mai ridicat (cu 30—45°). Se urmărește permanent tensiunea arterială și diureza orară.

Combaterea hipertensiunii arteriale constituie obiectivul principal al terapiei medicamentoase. Se indică hipotensoare cu acțiune rapidă, urmărindu-se scăderea tensiunii arteriale și menținerea valorilor sistolice ale acesteia la 100—120 mmHg. Dacă durerile mari persistă, se poate scădea tensiunea sistolică pînă la 70—80 mmHg, sub controlul diurezei, care trebuie să fie peste 25 ml/oră.

• *Trimetafanul* (Arfonad) se consideră medicamentul de elecție la începutul tratamentului, avînd o acțiune puternică și rapidă. Se administrează în perfuzie i.v. 1000 mg (1 fiolă = 500 mg) în 500 ml glucoză 5%. Inițial, ritmul administrării este de 0,25—0,50 ml (0,5—1 mg/minut), apoi se crește la 5—7 ml/minut, sub controlul tensiunii arteriale, la fiecare 30″, pînă la stabilizarea acesteia la nivelul optim. Perfuzia se menține 24—48 ore.



Scanned with OKEN Scanner

• *Rezerpina* (Raunervil, Serpasil) se administrează concomitent cu trimetafanul, în doze de 1—2 mg (1 fiolă = 2,5 mg) i.m. la 4—6 ore.

• *Propranololul* (Inderal), 1 mg (1 fiolă = 5 mg) i.m. la 4—6 ore, se poate asocia cu rezerpina.

• *Guanetidina* poate fi eficientă în doze de 25—50 mg (1 compr. = 10 mg) per os la 12 ore.

La bolnavii fără hipertensiune arterială se administrează rezerpină în doze mici, 0,5 mg/zi, sau propranolol 60—120 mg/zi.

Tratamentul chirurgical se indică în insuficiența aortică severă și progresivă, obstrucția ramurilor mari ale aortei, semne de progresiune a procesului sau ruptura aortei.

TAMPONADA CARDIACĂ

Elemente de diagnostic clinic

Principalele manifestări ale tamponadei cardiace sînt: hipotensiunea arterială, congestia venoasă și pulsul paradox. Aceste manifestări pot apare la un bolnav cu colecție pericardică mare, ușor de recunoscut la examenul fizic; alteori însă tamponada este produsă de colecții pericardice mici, instalate rapid, care nu pot fi decelate clinic, dar existența lor poate fi sugerată de contextul etiologic (traumatisme ale inimii, stări septicemice etc.).

Atunci cînd compresiunea se instalează rapid, tabloul clinic este dominat de tahicardie și hipotensiune arterială; în cazuri grave, cu scăderea pronunțată a debitului cardiac, apare starea de șoc.

Atunci cînd compresiunea se dezvoltă treptat, tabloul clinic este dominat de congestia venoasă: turgescența jugularelor, care persistă și în poziție șezîndă și se accentuează în inspirație (semnul lui Kussmaul), cianoza feței și a gîtului, uneori edeme la acest nivel. În evoluție apare hepatomegalia sensibilă, la compresiunea căreia se poate observa refluxul hepatojugular.

La examenul obiectiv, cu toate că bolnavul este dispneic, în poziție de ortopnee, nu se evidențiază raluri de stază.

În colecțiile pericardice mari, aria matității precordiale este crescută, de aspect triunghiular. Șocul apexian este situat înăuntrul matității, fiind greu perceptibil.

Auscultația inimii, pe lîngă estomparea zgomotelor cardiace, poate releva un zgomot protodiastolic și frecături pericardice.

Scanned with OKEN Scanner

Pulsul paradox constă din scăderea amplitudinii pulsului în inspirație, concomitent cu scăderea tensiunii arteriale cu 10—20 mmHg.

Diagnostic diferențial: embolia pulmonară, pneumotoracele spontan, infarctul miocardic, disecția aortei, diverse cardiopatii cu insuficiență cardiacă, stări de șoc de diverse etiologii.

Particularități clinice legate de substrat

Anamneza și examenul obiectiv pot pune în evidență simptomatologia bolii de bază sau condiția etiologică în cadrul căreia a apărut colecția pericardică.

Tamponada cardiacă poate apare după traumatisme ale inimii, intervenții chirurgicale pe cord, uneori după cateterism cardiac, angiocardiografie selectivă sau puncție ventriculară. Alteori este datorită rupturii inimii sau a aortei, care complică evoluția unor boli: infarctul miocardic, disecția aortei, coarctația aortei, anevrisme de diverse etiologii. Hemopericardul, însoțit de tamponadă cardiacă, poate apare în diverse boli care evoluează cu sindrom hemoragipar sau în cursul terapiei anticoagulante.

Pericarditele exsudative de diverse etiologii (tuberculoase, virale, bacteriene, idiopatice, neoplazice etc.), pot evolua cu tamponadă cardiacă.

Conduita de urgență

Dacă există posibilitatea, se va face de urgență o puncție pericardică, singura măsură care duce rapid la retrocedarea fenomenelor clinice. Dacă nu se poate efectua puncția, se instituie de urgență primele măsuri de combatere a șocului (perfuzii cu lichide, oxigen) și bolnavul este transportat în serviciul de specialitate de care aparține boala cauzală. Nu se administrează diuretice și nu se face emisie de sînge.

În unele cazuri, în funcție de boala de bază, este necesară instituirea de urgență a terapiei etiologice (combaterea sindromului hemoragipar, a infecției etc.).

Examinări de urgență

Examenul radiologic. Colecțiile pericardice mici (sub 250 ml) nu pot fi evidențiate radiologic. În colecțiile pericardice mari, silueta cardiacă este mărită, cu pulsații superficiale, pedicului vas-

Scanned with OKEN Scanner

cular apare scurtat și îngustat (aspectul inimii este „de carafă"). Plămînul este clar, spre deosebire de insuficiența cardiacă.

Electrocardiograma poate înregistra următoarele modificări: voltaj scăzut al complexului QRS, supradenivelarea cu concavitatea superioară a segmentului ST, aplatizarea sau negativarea undei T, uneori unde T înalte, simetrice, apărute brusc, alternanță electrică totală.

Puncția pericardică, a cărei efectuare este obligatorie, mai ales în scop terapeutic, poate contribui și la elucidarea diagnosticului etiologic.

În cazul în care, la puncție, se obține lichid hemoragic, trebuie să se precizeze dacă este vorba de un exsudat pericardic hemoragic sau sînge intrapericardic. Exsudatul pericardic hemoragic nu se coagulează și are hematocritul mult mai mic decît al sîngelui venos. Prezența sîngelui în pericard (hemopericard) este mai frecvent datorită rupturii inimii.

Examenul citologic și bacteriologic al lichidului pericardic permite orientarea diagnosticului etiologic.

Alte examinări pot fi necesare pentru boala de bază (sindroame hemoragipare, septicemii etc.).

Tratament

Puncția pericardică este singurul mijloc terapeutic care poate duce rapid la ameliorarea tabloului clinic.

Tratamentul bolii de bază este necesar în toate cazurile.

ISCHEMIA ACUTĂ PERIFERICĂ

Elemente de diagnostic clinic

Ocluzia bruscă a unei artere periferice se manifestă prin durere violentă, profundă, la nivelul membrului interesat, însoțită inițial de paloare, ulterior de cianoză, răcirea extremităților, absența pulsațiilor arteriale, uneori paralizii musculare, hipo- sau anestezie cutanată. În stadiile tardive apare necroza și gangrena.

Diagnostic diferențial: tromboflebita profundă cu spasm arterial, nevrita, miozita.

Scanned with OKEN Scanner

Particularităţi clinice legate de substrat

Embolia arterială. Ischemia se instalează de regulă brusc, rareori treptat. Diagnosticul este facilitat de prezenţa unei surse emboligene (valvulopatii reumatice, în special evolutive, fibrilaţie atrială, cardiopatie ischemică cu sau fără infarct, cardiomegalii cu insuficienţă cardiacă, valvulă Starr, anevrisme arteriale etc.). Leziunile ateromatoase ulcerate ale vaselor mari pot constitui punctul de plecare al unor microembolii.

Obstrucţia poate fi situată la nivelul bifurcaţiei aortei, al vaselor mari, mijlocii sau mici ale membrelor inferioare sau superioare.

Fenomenele ischemice sînt agravate de spasmul arterial supraadăugat. Fibrilaţia atrială cu alură ridicată şi insuficienţa cardiacă pot contribui, de asemenea, la agravarea ischemiei.

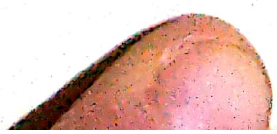
Tromboza arterială survine, de regulă, pe fondul unei leziuni ateroscleroase sau inflamatorii preexistente, ducînd la obliterarea completă a lumenului vascular. Apariţia trombozei este favorizată de factori locali (traumatisme, compresiuni extrinseci, infecţii) sau generali (tulburări de ritm, insuficienţă cardiacă, hipotensiune arterială, anemie, deshidratare, diabet zaharat decompensat etc.).

Tabloul clinic este similar cu cel din embolia arterială; dacă ischemia acută este precedată de manifestările arteriopatiei cronice obliterante (claudicaţie intermitentă), se pot evidenţia semnele obliterării arteriale cronice la nivelul membrului contralateral şi nu se constată existenţa unei surse emboligene.

Dacă circulaţia colaterală se dezvoltă adecvat după obliterare, simptomele pot regresa în cîteva ore sau zile.

Ischemia acută periferică fără obliterare mecanică poate apare în arteriopatiile cronice periferice în condiţiile unui aport scăzut de sînge (tahicardie, fibrilaţie atrială, hipotensiune arterială, deshidratare, hemoragii etc.) sau a unor necesităţi crescute de oxigen (efort fizic, infecţii, fistulă arteriovenoasă traumatică, băi fierbinţi etc.). Uneori, agravarea este datorită medicaţiei (vasodilatatoare, hipotensoare, anestezice) sau simpatectomiei (sindrom post-simpatectomie).

Tabloul clinic, asemănător cu al trombozei arteriale, poate retroceda rapid după îndepărtarea cauzei.



Scanned with OKEN Scanner

Complicații și perturbări asociate

Starea de șoc poate complica evoluția unei ischemii acute; șocul sau hipotensiunea datorite altor cauze (infarct miocardic, hemoragie digestivă etc.) pot favoriza apariția sau agravarea ischemiei.

Insuficiența cardiacă și tulburările de ritm favorizează, de asemenea, apariția ischemiei acute pe un fond de obliterare cronică arterială și întreține fenomenele ischemice, prin scăderea debitului cardiac.

Endocardita bacteriană este o sursă frecventă de embolii arteriale, din cauza friabilității vegetațiilor endocardice.

Diabetul zaharat este adesea prezent în ateroscleroza obliterantă a membrelor, decompensarea lui fiind favorizată de ischemia acută și favorizînd la rîndul ei suprainfectarea necrozelor generate de ischemie.

Anemia poate constitui un factor de agravare a ischemiei.

Conduita de urgență

Orice obliterare acută arterială trebuie internată de urgență într-un serviciu chirurgical de specialitate sau într-un serviciu medical, dacă starea inimii sau alte condiții patologice impun un tratament medical preoperator.

La domiciliul bolnavului sau la circumscripție, pînă la sosirea salvării, se calmează durerea cu Mialgin sau morfină, se administrează vasodilatatoare intraarterial (novocaină 1% sau xilină 1%, Tolazolin). Se instituie terapia cu heparină ((100 mg = 2 fiole, i.v.). Concomitent se aplică primele măsuri pentru combaterea factorilor etiologici sau a perturbărilor asociate (tulburări de ritm, insuficiența cardiacă, acidoza diabetică etc). Dacă medicul nu dispune de mijloacele aplicării acestui tratament, poate administra orice antialgic pe care îl are la îndemînă sau băuturi alcoolice concentrate. Este contraindicată aplicarea de căldură locală.

Este bine ca în cazul emboliilor arteriale să se anunțe telefonic serviciul chirurgical, mai ales dacă transportul durează mai mult de 4—6 ore, pentru ca echipa specializată să fie pregătită pentru intervenția de urgență. În timpul transportului, membrul trebuie protejat față de orice traumatisme, chiar minime (atingere de suprafețe dure, încălțăminte strîmtă etc).

Scanned with OKEN Scanner

Examinări de urgență

Arteriografia sau aortografia cu substanță de contrast este întotdeauna necesară atunci cînd intră în discuție tratamentul chirurgical, pentru stabilirea sediului și extinderii obliterării.

Radioscopia toracică oferă informații asupra cordului și poate evidenția eventualele anevrisme ale aortei toracice.

Electrocardiograma este utilă în aprecierea stării inimii și excluderea sau confirmarea unui infarct miocardic.

Alte examinări pot fi necesare pentru complicațiile bolii (stare de șoc), pentru depistarea bolilor asociate (diabet, hemopatii, endocardita bacteriană) sau pentru conducerea tratamentului (anticoagulante, fibrinolitice).

Tratament

În embolia arterială, tratamentul de elecție este cel chirurgical, pentru cazurile la care diagnosticul a fost stabilit în primele 6—12 ore.

Heparina se administrează pentru prevenirea extinderii trombozei, în toate obliterările acute. Prima doză este de 100 mg (2 fiole), i.v., dacă pînă la intervenție se prevede că vor trece 4—6 ore, timp în care heparina se elimină (dacă timpul de coagulare este prelungit înainte de operație, se poate anula efectul heparinei cu sulfat de protamină). În cazul în care intervenția nu este posibilă, se continuă medicația anticoagulantă cu heparină apoi trombostop, dacă nu sînt contraindicații, după regulile obișnuite.

Vasodilatatoarele se administrează de preferință intraarterial: novocaină 1% (10 ml) sau xilină 1% (10 ml), cu Tolazolin 2 fiole, 1—2 ori pe zi. Dacă nu este posibilă puncția arterială, se administrează papaverină sau Tolazolin i.m., la 3—6 ore, sau perfuzii cu Complamin (2 fiole a 1500 mg în 500 ml glucoză 5%, timp de 4—5 ore). Se pot încerca și infiltrații periarteriale cu novocaină sau xilină sau rahianestezie peridurală.

Analgezice și sedative. Morfina sau Mialginul se dau numai la început, dacă durerile sînt mari; ulterior se recurge la Algocalmin sau la alte analgezice care nu dau obișnuință și la sedative.

Vasopresoarele pot produce ameliorări spectaculare, în cazurile în care hipotensiunea de diverse cauze a declanșat apariția ischemiei.

Medicația trombolitică, cu streptokinază sau urokinază, poate fi aplicată în primele 12 ore, dacă nu există posibilitatea de a se

Scanned with OKEN Scanner

interveni chirurgical și dacă se poate face controlul de laborator adecvat.

Tratamentul chirurgical. În emboliile arteriale se indică embolectomia în primele 6—12 ore. În trombozele arteriale se recomandă mai rar intervenția chirurgicală de urgență. Procesul obliterant fiind mai extins decît în embolia arterială, intervenția este mai dificilă. Adesea însă evoluția este mai favorabilă decît în embolie, deoarece există o circulație colaterală mai dezvoltată, datorită procesului obliterant preexistent. De regulă, la început se aplică tratamentul medical și se observă evoluția fenomenelor. Dacă ischemia nu are tendință la retrocedare și arteriografia arată că există posibilitatea aplicării unei intervenții chirurgicale restauratoare (trombendarterectomie, grefă, by-pass), se impune efectuarea acesteia în vederea evitării amputației.

Tratamentul etiologic se adresează bolii de bază și factorilor declanșanți sau agravanți ai ischemiei.

URGENȚE ÎN HIPERTENSIUNEA ARTERIALĂ

Urgențele hipertensive pot apare la subiecți anterior normotensivi, la bolnavi cu hipertensiune arterială bine tolerată pînă atunci, în cursul paroxismelor hipertensive și la hipertensivi cu forme maligne de boală.

Creșterile mari și/sau bruște ale tensiunii arteriale constituie urgențe, în unele condiții clinice, atît prin manifestările alarmante pentru bolnavi, cît și prin repercusiunile imediate pe care le au asupra organelor cu rol vital (creier, inimă, rinichi). Consecințele hipertensiunii arteriale depind nu numai de valorile tensiunii arteriale și de ritmul lor de creștere, ci și, mai ales, de starea anterioară a vaselor (existența și gradul leziunilor atero- și arteriosclerotice).

Starea de urgență nu trebuie apreciată numai în funcție de gravitatea momentană a tabloului clinic, ci și de complicațiile posibile în evoluția imediată a hipertensiunii arteriale. Astfel, trebuie considerate urgențe:

- Complicațiile vasculare determinate, favorizate sau declanșate de hipertensiunea arterială: nervoase (encefalopatia hipertensivă, ischemia cerebrală tranzitorie, hemoragiile și ramolismentul cerebral), cardiace (edemul pulmonar acut, astmul cardiac, tulburările de ritm, angina pectorală, infarctul miocardic), renale (insuficiența renală), oculare (hemoragiile și trombozele reti-

Scanned with OKEN Scanner

niene), hemoragii în alte teritorii vasculare (epistaxis, hemoragii digestive superioare etc.);

- Hipertensiunile arteriale paroxistice;
- Hipertensiunea arterială malignă;
- Hipertensiunile arteriale severe, cu valori ale tensiunii diastolice de peste 140 mmHg.

TERAPIA HIPOTENSOARE ÎN URGENȚE

Combaterea hipertensiunii arteriale constituie obiectivul major al tratamentului în urgențele hipertensive. Terapia hipotensoare trebuie diferențiată în raport cu natura hipertensiunii arteriale, cu localizarea și gravitatea leziunilor vasculare (determinate de hipertensiunea arterială sau asociate acesteia), cu starea funcțională a organelor interesate (creier, rinichi, inimă).

În selecționarea și aplicarea medicației hipotensoare trebuie să se țină seama de mecanismul de acțiune al drogurilor, de intensitatea și promptitudinea răspunsului terapeutic, de efectele colaterale și de contraindicațiile unor asocieri.

În urgență se utilizează, de regulă, medicamente cu acțiune rapidă și puternică. În aplicarea acestora trebuie însă avut în vedere faptul că, prin reducerea perfuziei regionale, scăderile bruște ale tensiunii arteriale pot fi defavorabile în unele situații (ateroscleroză cerebrală, insuficiență renală, coronaropatii). Hipotensoarele cu acțiune moderată și/sau tardivă se utilizează în cazurile în care sînt contraindicate scăderile brutale ale tensiunii arteriale, în hipertensiunile severe sau maligne fără complicații și în menținerea rezultatelor terapeutice după aplicarea hipotensoarelor cu acțiune rapidă.

Redăm, în continuare, particularitățile de acțiune ale medicamentelor hipotensoare (intensitate, începutul efectului hipotensor) și modul de aplicare a tratamentului.

- *Furosemidul*, diuretic cu acțiune hipotensoare moderată, dar rapidă (15—30 minute), se administrează de la început în toate urgențele hipertensive, 1—4 fiole i.v. sau i.m. Reduce și edemul cerebral și pulmonar.
- *Rezerpina*, se utilizează în urgență sub formă injectabilă (Raunervil), inițial 1 mg (1 fiolă = 2,5 mg), i.m. (administrarea i.v. nu este mai eficientă), apoi cîte o fiolă la 3 ore, sub controlul tensiunii arteriale (efectul hipotensor începe la aproximativ 2 ore). Preparatele orale (Hiposerpil) se utilizează în hipertensiunile ușoare și medii, în doze de 0,50—0,75 mg (o tabletă = 0,25 mg), în special în asociere cu

Scanned with OKEN Scanner

hidralazină (Hipazin) și saluretice. Se contraindică în stări depresive, insuficiență cardiacă severă, ulcer duodenal.

• *Fentolamina* (Regitin) are acțiune puternică, imediată. Este indicată în hipertensiunea paroxistică din feocromocitom; se injectează rapid i.v. o fiolă a 5 mg, repetat de 1—2 ori la 10 minute interval, pînă la încetarea accesului. În crizele prelungite se poate administra în perfuzie, 10 mg la 1000 ml ser fiziologic.

• *Diazoxidul* (Hyperstat), vasodilatator puternic cu acțiune imediată, se administrează în injecții i.v. rapide (în 30 sec.), 150—300 mg (1 fiolă a 20 ml = 300 mg). Doza se poate repeta la 2—3 ore. Produce retenție hidrosalină și hiperglicemie (atenție la diabetici!).

• *Nitroprusiatul de Na* (Nipside-Roche), hipotensor cu acțiune rapidă (5—10 minute), se administrează inițial în injecții i.v., 50 mg în 25 ml ser fiziologic și, în continuare, sub formă de perfuzie (50 mg dizolvate în 1000 ml ser fiziologic sau glucoză 5%, 5—10 picături/minut), sub controlul tensiunii arteriale. Soluția se prepară înainte de administrare (nu trebuie să fie mai veche de 4 ore), iar flaconul trebuie protejat de lumină.

• *Betanidina* (Esbatal), hipotensor puternic, cu efect la 2—6 ore, se administrează pe cale orală, inițial 20 mg (o tabletă = 10 mg), apoi la 3 ore 10—20 mg.

• *Trimetafan camsilat* (Arfonad), blocant ganglionar, are efect hipotensor rapid și puternic. Se administrează în perfuzie, o fiolă a 500 mg la 1000 ml glucoză 5%, 1—4 ml/minut.

• *Clonidina* (Haemiton, Catapressan), are efecte hipotensoare rapide (în 30—60 minute după administrare orală și în cîteva minute după administrare parenterală). Per os: 0,150 mg (comprimate a 0,150 și 0,300 mg), repetat la cîteva ore pînă la obținerea efectului hipotensor. Parenteral: 0,150 mg (Haemiton fiole a 0,1 mg, Catapressan fiole a 0,150 mg) i.m. sau s.c. (i.v. poate determina creșterea inițială a tensiunii arteriale), repetat la 8—12 ore.

• *Propranololul* (Inderal, Propranolol), betablocant adrenergic, indicat în hipertensiunile arteriale esențiale și secundare cu renină crescută, are efect hipotensor la 24—28 ore, eficiența lui fiind mai mare în asociere cu hidralazina și salureticele. Dozele se stabilesc prin tatonare, cu creșterea lor progresivă de la 60—120 mg/zi, pînă la 160—240 mg/zi (1 tabletă=0,10 și 0,40 mg). Se contraindică în insuficiența cardiacă, tulburările de conducere atrioventriculară, astmul bronșic. Nu se asociază cu rezerpină sau guanetidină.

• *Hidralazina* (Hipopresol, Nepresol, Apressin, Depressan) se utilizează de obicei în asociație cu alte hipotensoare (rezerpină, propranolol, metildopa, saluretice). Preparatul Hipazin conține

Scanned with OKEN Scanner

10 mg hidralazină și 0,10 mg rezerpină. Hipopresolul (tablete a 25 mg) se administrează în doze de 10—25 mg, de 3 ori pe zi, cu creșterea progresivă a dozelor, în funcție de răspunsul terapeutic, pînă la 150—200 mg/zi. Preparatele injectabile, cu efect hipotensor în aproximativ 20 minute, se administrează i.v. lent, 5—10 mg.

• *Guanetidina* (Guanetidina, Ismelin, Isobarin) are acțiune hipotensoare puternică. Per os, tratamentul se începe cu 10—20 mg/zi (o tabletă = 0,10 mg), apoi se crește cu 10 mg pe săptămînă, pînă la 30—40 mg/zi, efectul hipotensor apare la 3—7 zile. Preparatele injectabile (fiole a 10 mg), 10—20 mg i.m. sau i.v. lent (1 mg/minut în 250 ml glucoză 5%), au acțiune mai rapidă (1—3 ore).

• *Alfametildopa* (Aldomet, Presinol, Dopegyt) are efect hipotensor puternic, mai ales în asociere cu guanetidina și saluretice. Se poate administra și în insuficiența renală. Inițial se administrează 500 mg/zi (o tabletă = 250 mg), apoi se crește doza săptămînal cu 250 mg, pînă la 750—1500 mg. Efectul hipotensor apare la aproximativ 7 zile. În injecții i.v. produce scăderea tensiunii arteriale în 1—3 ore (250 mg i.v. lent, repetat la 3—6 ore pînă la 1—2 g/24 ore). Este contraindicat în feocromocitom.

• *Inhibitorii monoaminooxidazei* (Eutonyl) au efect hipotensor puternic, care se instalează la 4—7 zile. Doza inițială este de 1/2—1 tabletă/zi (o tabletă = 50 mg), apoi se crește cu 25 mg la 7 zile. Doza obișnuită de întreținere este de 50—100 mg/zi. Se contraindică în feocromocitom, hipertiroidism, insuficiență hepatică. Consumul concomitent de alimente bogate în tiamină (brînzeturi, bere, vin roșu etc.) și asocierea cu amfetamine, demerol, guanetidină sau metildopa pot duce la hipertensiuni paroxistice grave.

Particularități terapeutice în H.T.A. cu coafectări viscerale

În *H.T.A. cu insuficiență renală* trebuie evitate scăderile bruște ale tensiunii arteriale, mai ales la bolnavi cu retenție azotată. Valorile trebuie menținute în jur de 160—170 mmHg sistolica și 95—100 mmHg diastolica. Se recomandă hipotensoare care nu afectează debitul renal, creșterea dozelor făcîndu-se progresiv, sub controlul tensiunii arteriale (în ortostatism) și al azotemiei. Se pot administra: saluretice, hidralazină în asociație cu rezerpina, alfametildopa, clonidină, propranolol, eventual guanetidină, în doze mici. În cazurile refractare se asociază clonidina în doze mari (0,9—1,5 mg/zi) cu Dopegyt și saluretice.

În *H.T.A. cu insuficiență circulatorie cerebrală cronică sau ramolisment cerebral* se contraindică medicația hipotensoare cu ac-

Scanned with OKEN Scanner

ţiune puternică şi rapidă. Nu se recomandă normalizarea tensiunii arteriale pentru a nu diminua perfuzia regională. Trebuie evitate dozele mari, creşterea dozelor făcîndu-se progresiv sub controlul tensiunii arteriale. Concomitent se instituie măsuri terapeutice în funcţie de substratul lezional (vasodilatatoare, depletive etc.).

În *H.T.A. cu hemoragie subarahnoidiană sau parenchimatoasă* se indică hipotensoare cu acţiune puternică şi rapidă, tinzîndu-se la normalizarea tensiunii arteriale.

În *H.T.A cu cardiopatie ischemică* se recomandă evitarea hidralazinei (produce tahicardie şi favorizează angina pectorală) şi a ganglioplegicelor (scad brusc debitul cardiac şi coronarian). Dozele mari de saluretice pot provoca hipovolemie şi scădere consecutivă a debitului coronarian. Se pot administra: rezerpină, clonidină, alfametildopa, doze mici de saluretice.

În *H.T.A. cu insuficienţă cardiacă cronică congestivă* se contraindică propranololul; nu se recomandă asocierea rezerpinei cu digitala.

În *H.T.A. cu edem pulmonar acut* se recomandă hipotensoare cu acţiune rapidă şi intensă (ganglioplegice, diazoxid, nitroprusiat de Na, fentolamină în feocromocitom, Raunervil), în asociere cu saluretice (furosemid, acid etacrinic). Paralel se instituie şi celelalte măsuri terapeutice (morfină, emisie de sînge, cardiotonice, oxigen).

HIPERTENSIUNI ARTERIALE PAROXISTICE

Elemente de diagnostic clinic

Ascensiuni tensionale mari şi bruşte pot apare la subiecţi normotensivi sau la bolnavi cu valori tensionale moderat crescute între crize.

Crizele hipertensive sînt sugerate de apariţia bruscă a unora dintre următoarele simptome sau semne: cefalee pulsatilă, vertij, scotoame, anxietate, tremurături, paloare, transpiraţii, tahicardie, dureri precordiale.

Diagnosticul de paroxism hipertensiv se confirmă manometric. În majoritatea cazurilor, valorile tensionale depăşesc 220 mmHg pentru sistolică şi 120 mmHg pentru diastolică. În cazuri severe se constată valori tensionale de peste 250/150 mmHg. La copii, tineri şi femei, poate apare sindromul hipercatecolic, cu predominanţa fenomenelor hiperkinetice cardiovasculare, şi la valori tensionale moderat crescute (150—170 mmHg sistolica şi 100—110 mmHg diastolica).

Scanned with OKEN Scanner

La bolnavii cu leziuni cardioarteriale preexistente, puseele hipertensive pot provoca accidente vasculare cerebrale (atacuri ischemice cerebrale tranzitorii, hemoragie subarahnoidiană și cerebrală, ramolisment cerebral, inundație ventriculară), fenomene de insuficiență ventriculară stîngă (edem pulmonar, astm cardiac), insuficiență coronariană acută (angină pectorală, preinfarct sau infarct miocardic), tulburări de ritm (tahicardie paroxistică, fibrilație ventriculară sindrom Adams—Stockes), accidente vasculare cu alte localizări (hemoragii și tromboze retiniene, epistaxis, hemoragii digestive, infarct intestinomezenteric).

Fără tratament, crizele durează minute sau ore și cedează adesea brusc.

Particularități clinice legate de substrat

Hipertensiunea arterială esențială poate evolua cu crize hipertensive pe fondul hipertensiunii permanente.

Feocromocitomul se poate manifesta prin hipertensiune arterială paroxistică sau permanentă. În timpul crizelor hipertensive, bolnavul prezintă cefalee, transpirații profuze, palpitații și tahicardie, anxietate, tremurături, dureri precordiale, lombare sau abdominale, grețuri și vărsături, fenomene vasomotorii (paloare sau roșeață). Pot surveni complicații nervoase, cardiace, oculare. Accesul poate fi urmat de hipotensiune arterială și șoc. Crizele pot fi declanșate de mișcări bruște, tentative de palpare a tumorii, graviditate, traumatisme, emoții, anestezie, intervenții chirurgicale.

În forma cu hipertensiune permanentă (adesea severă, uneori malignă), cefaleea, transpirațiile și palpitațiile sînt cele mai frecvente simptome. Mai pot surveni: astenie, iritabilitate, intoleranță la căldură, tahicardie și hipotensiune ortostatică, subfebrilități.

Tumoarea suprarenală, mai frecvent localizată în dreapta, este rareori palpabilă.

Testul cu regitină se consideră semnificativ pentru diagnostic, atunci cînd administrarea drogului produce scăderea tensiunii arteriale diastolice cu peste 25 mmHg.

Alte cauze. Crize hipertensive mai pot apare în nefropatii (glomerulonefrita acută difuză, puseele evolutive ale glomerulonefritei și pielonefritei cronice), eclampsie, intoxicații acute (cafea, alcool, oxid și bioxid de carbon), supradozaj de ergotamină, amfetamine, adrenalină, efedrină și alte simpaticomimetice, în evoluția unor tumori (tumori glomice subcutanate, tumori mediastinale, unele forme de carcinom bronșic), după traumatisme craniocere-

Scanned with OKEN Scanner

brale. La bolnavii trataţi cu inhibitori ai monoaminooxidazei pot apare crize hipertensive în cazul consumului concomitent de alimente bogate în tiamină (brînzeturi fermentate, bere, vin roşu etc.) şi al asocierii cu amfetamine, demerol, guanetidină sau metildopa.

Conduita de urgenţă

În cazurile în care există suspiciunea de feocromocitom se recomandă administrarea de la început a 5 mg regitină i.v. rapid. Scăderea semnificativă a valorilor tensiunii arteriale diastolice se produce, în caz de feocromocitom, după 1—2 minute. Regitina are efecte de scurtă durată (5—10 minute), motiv pentru care în crizele prelungite este necesară repetarea dozei la 10 minute interval. Pot apare prăbuşiri bruşte ale tensiunii arteriale, însoţite de transpiraţii reci şi fenomene ischemice segmentare. De aceea, în cazul utilizării regitinei trebuie să existe la îndemînă medicamente vasopresoare (noradrenalină, efedrină).

Acelaşi tratament cu regitină se indică şi în crizele hipertensive survenite în cursul administrării inhibitorilor monoaminooxidazei.

În cazurile în care nu se suspectează feocromocitomul şi bolnavii nu au fost trataţi cu inhibitori ai monoaminooxidazei se utilizează un hipotensor cu acţiune puternică şi rapidă: diazoxid, nitroprusiat de Na, rezerpină i.m., guanetidină i.v. sau i.m., betanidină per os, hidralazină i.v., alfametildopa i.v., clonidină i.m. sau s.c. În toate cazurile se administrează şi un diuretic cu acţiune rapidă (furosemid i.v., acid etacrinic i.v.).

În crizele hipertensive uşoare şi medii, în majoritatea cazurilor se obţin rezultate bune prin asocierea de Raunervil cu furosemid şi papaverină (0,08—0,16 g i.m. sau i.v.).

În crizele hipertensive severe, refractare la acest tratament se recurge la celelalte hipotensoare (în funcţie şi de ceea ce se găseşte la îndemînă), eventual în asociaţie (Raunervil + hidralazină i.v. + guanetidină i.m. sau i.v.; Haemiton i.m. + Dopegyt i.v.)

ENCEFALOPATIA HIPERTENSIVĂ

Elemente de diagnostic clinic

Cefaleea intensă, violentă, pulsatilă este adesea simptomul dominant. Se asociază, în diverse grade şi combinaţii, cu: ameţeli, vertij, parestezii, tulburări de echilibru, anxietate, tulburări de ve-

Scanned with OKEN Scanner

dere (scotoame, fotofobie, diplopie, vedere încețoșată, amaurozã) și de auz (acufene, hipoacuzie), agitație psihomotorie, urmată de dificultăți în gîndire și exprimare, stare confuzională, obnubilare și eventual, comă superficială. Alteori, tulburările de cunoștință îmbracă forma eclipselor cerebrale repetate, separate de intervale de perfectă luciditate. Survin frecvent vărsături explozive, de tip central.

Valorile tensiunii diastolice depășesc de regulă 120 mmHg. Pulsul este amplu și bradicardic. Tegumentele sînt palide și umede. Pot apare pareze discrete (pareză facială, monopareză brahială sau crurală, hemipareză), hiperreflexie osteotendinoasă, afazie, convulsii generalizate sau de tip jacksonian, meningism. Epistaxisul grav este rar.

Caracteristica principală a simptomelor și semnelor din encefalopatia hipertensivă este reversibilitatea. Toate manifestările dispar, fără sechele, la cîteva ore după tratament.

Condiții de apariție. Sindromul apare în cazul creșterilor mari și bruște ale tensiunii arteriale, după conflicte și stări de tensiune psihică, mese copioase, abuz de alcool, fumat excesiv, medicamente simpaticomimetice, la hipertensivi tineri sau de vîrstă mijlocie, fără leziuni clinic manifeste de atero- sau arterioscleroză cerebrală. Survine mai des pe fondul hipertensiunii esențiale, dar nu este rar în eclampsie, glomerulonefrita acută și subacută, puseele active ale nefropatiilor cronice, uremie, feocromocitom. Manifestările clinice sînt produse prin edem global cerebromeningian și vasoconstricția unor zone limitate și variabile, fără leziuni evidente sau durabile de focar.

Diagnostic diferențial: accidente vasculare cerebrale (hemoragie subarahnoidiană, hemoragie cerebrală sau ramolisment, ischemie cerebrală tranzitorie), apărute la hipertensivi pe fondul leziunilor atero- sau arteriosclerotice.

Particularități clinice legate de substrat

Eclampsia complică evoluția disgravidiilor tardive. Apare la sfîrșitul sarcinii, în travaliu sau precoce postpartum. Convulsiile tonicoclonice domină tabloul clinic. După o perioadă prodromală, manifestată prin simptome senzoriale, agitație psihomotorie sau somnolență, urmează accese convulsive repetate. Contractura musculară generalizată (opistotonus) sau localizată (trismus) este succedată de convulsii și, eventual, stare comatoasă. Accesul poate fi unic

Scanned with OKEN Scanner

sau se repetă la diferite intervale. Se instalează uneori stare de rău eclamptic.

Vărsăturile sînt frecvente. Valorile tensiunii arteriale umerale sînt de regulă moderat crescute; creşte uneori discordant TACR diastolică. La examenul fundului de ochi se constată semne de angiopatie hipertensivă şi, uneori, edem papilar.

Complicaţiile mai frecvente sînt: pneumonia de aspiraţie, hemoragiile retiniene, subarahnoidiene sau cerebrale, insuficienţa renală acută, psihozele confuziv-delirante, asfixia.

Vasculoencefalopatia renalilor hipertensivi („pseudouremia") se manifestă prin stare de somnolenţă întreruptă de convulsii, pe fond de hipertensiune intracraniană. Se asociază celelalte semne ale bolii de bază.

Encefalopatia din feocromocitom se caracterizează prin apariţia bruscă a tulburărilor şi predominanţa sindromului hipercatecolic. Convulsiile sînt rare.

Conduita de urgenţă

Encefalopatia hipertensivă necesită internarea în toate cazurile. Primele măsuri terapeutice se adresează hipertensiunii arteriale (furosemid i.v., Raunervil i.m.), edemului cerebral (sulfat de magneziu 25%, glucoză hipertonică 20—30%, Dextran-70), stării de agitaţie şi hiperexcitabilităţii neuromusculare (fenobarbital, amital, Plegomazin, Romergan).

Examinări de urgenţă

Examinările de urgenţă se fac pentru diferenţierea encefalopatiei hipertensive de accidentele vasculare cerebrale şi, în caz de comă, de alte come. În acest scop pot fi utile: oftalmoscopia, puncţia rahidiană, azotemia, glicemia, examenul urinii.

Tratament

În formele uşoare şi în fazele recente ale encefalopatiei din hipertensiunea arterială esenţială se administrează: saluretice (furosemid sau acid etacrinic), Raunervil i.m., sulfat de magneziu 25%, 10—20 ml i.v., glucoză hipertonică 20—30% sau Dextran-70, 300—500 ml în perfuzie lentă, papaverină 1—2 fiole a 0,04 g i.m.

Scanned with OKEN Scanner

la 4—6 ore interval, sedative și hipnotice (fenobarbital, amital, Plegomazin, Romergan, Diazepam).

În formele grave, care nu cedează la terapia de mai sus, se recurge la hipotensoare cu acțiune rapidă și puternică (nitroprusiat de sodiu, diazoxid, clonidină i.m., alfametildopa i.v., guanetidină i.m. sau i.v., betanidină per os, trimetafan camsilat). Ca terapie adjuvantă se asociază hemisuccinat de hidrocortizon (50—100 mg i.v.), vitamina C (1—2 g i.v.), oxigenoterapie.

În accesul eclamptic se aplică următoarele măsuri: izolarea bolnavei în condiții de semiobscuritate, evitarea mușcării limbii și a căderilor din pat, aspirarea mucozităților bucale și a secrețiilor bronșice, oxigenoterapie, calmarea hiperexcitabilității neuromusculare (fenobarbital, Clordelazin, Romergan), combaterea edemului cerebral (glucoză hipertonică, Dextran-70, sulfat de magneziu), hipotensoare (hidralazină i.v., Raunervil în asociație cu inhibitori ai monoaminooxidazei). În crizele convulsive rebele la tratamentul cu barbiturice în doze mari se indică perfuzii cu 100—200 mg succinilcolină, în condiții de intubație traheală; se realizează astfel relaxarea musculară generalizată. Atenție la faptul că rezerpina favorizează colapsul din timpul anesteziei, prin epuizarea neuromediatorilor. Trebuie să existe la îndemînă noradrenalină.

Este de dorit ca nașterea să decurgă pe cale naturală. Se poate grăbi nașterea, în cazurile cu accese eclamptice subintrante, prin aplicații de forceps sau de vidextractor. La primiparele în vîrstă sau la parturiente cu vicii ale bazinului se face operație cezariană, după o cură de foame și sete și după sedarea nervoasă corespunzătoare.

În vasculoencefalopatiile renalilor se indică cură scurtă de foame și sete, hipotensoare care nu scad debitul renal (hidralazină, rezerpină, clonidină), diuretice (furosemid, acid etacrinic), soluții hiperosmolare (glucoză hipertonică, sulfat de magneziu), glicerină per os, puncție lombară prudentă. În caz de convulsii se asociază barbiturice sau cloralhidrat în clismă.

În encefalopatia apărută în timpul hipertensiunii paroxistice din feocromocitom se administrează regitină. Se contraindică preparate de alfametildopa.

Scanned with OKEN Scanner

URGENȚE ABDOMINALE
(tub digestiv, organe anexe, peritoneu)

COLICA BILIARĂ

Elemente de diagnostic clinic

Durerea debutează în hipocondrul drept sau în epigastru, se accentuează progresiv, atingînd intensitatea maximă în cîteva ore. Durerea iradiază pe sub rebordul costal drept spre coloana vertebrală și, uneori, spre umărul drept. Iradierea spre stînga liniei mediane atrage atenția asupra coafectării pancreasului.

Durerile pot fi însoțite de grețuri, vărsături și icter. Colica biliară evoluează adesea cu ascensiuni febrile și frison.

Local, se constată sensibiltate, împăstare, veziculă palpabilă sau apărare musculară, în funcție de natura și localizarea procesului.

Condiții declanșante: alimente bogate în grăsimi, ouă, ciocolată, trepidații, emoții, ciclu menstrual, sarcină.

De multe ori există colici similare în antecedente.

Diagnostic diferențial: pancreatită acută, ulcer perforat sau penetrant, apendicită subhepatică, ileus, infarct intestinomezenteric, hernie hiatală, hepatită epidemică, infarct miocardic cu dureri iradiate în hipocondrul drept, pneumonie sau pleurezie bazală dreaptă, herpes zoster, colică renală.

Particularități clinice legate de substrat

Litiaza biliară. Colicile sînt mari, de durată lungă, vărsăturile și icterul sînt frecvente. Inclavarea calculului în cistic duce la apariția hidro- sau piocolecistului, care se poate palpa în hipocondrul drept. Icterul poate surveni și în afara litiazei coledociene (prin fenomene inflamatorii, edem, spasm). În litiaza coledociană, icterul este mai intens, mai prelungit (uneori variabil ca intensitate), însoțit de frisoane, febră, grețuri și vărsături. Litiaza biliară este frecvent însoțită de procese inflamatorii (colecistită acută, angiocolită).

Colecistita acută are ca substrat, în 90% din cazuri, litiaza cistică. Colicile sînt intense, prelungite (ore sau zile), cu caracter subintrant. Sînt prezente frisoanele, febra, vărsăturile. Sensibilita-

Scanned with OKEN Scanner

tea locală este mare, vezicula poate fi palpabilă, iar reacția periveziculară provocată de apărare musculară.

Colecistita cronică și dischineziile biliare dau colici de intensitate mai mică, de regulă fără modificări locale sau generale importante.

Angiocolita complică adesea obstrucțiile coledociene. Durerile, datorite bolii de bază (de regulă litiaza biliară) și distensiei capsulei hepatice, sînt însoțite de febră, frison, icter, hepatomegalie și, uneori, splenomegalie. Formele grave au aspectul unor septicemii.

Complicații și perturbări asociate

Peritonita biliară este consecința perforației care poate complica evoluția unei colecistite acute. Durerile abdominale, ascita, starea de șoc, apărarea musculară, atrag atenția asupra acestei complicații cu prognostic grav.

Blocul pericolecistic este o peritonită localizată, care poate apare în evoluția colecistitei acute, sub forma unei formațiuni tumorale foarte sensibile, localizate în hipocondrul drept.

Pancreatita acută, care însoțește frecvent colica biliară, este de regulă edematoasă, „cataralâ"; uneori însă îmbracă forma pancreatitei acute hemoragice. Explorarea funcțională a pancreasului trebuie efectuată întotdeauna în cursul colicilor din litiaza biliară și colecistita acută.

Alterarea funcțiilor hepatice survine frecvent în evoluția colicilor biliare, mai ales ale celor complicate cu icter. Explorarea funcțională hepatică are importanță și pentru diagnosticul diferențial al icterului, precum și pentru aplicarea măsurilor terapeutice adecvate, atunci cînd se pune problema intervenției chirurgicale.

Tulburările hidroelectrolitice și ale echilibrului acidobazic pot însoți colica biliară, necesitînd măsuri terapeutice corespunzătoare.

În angiocolitele acute grave poate apare *insuficiența renală acută.*

Diabetul zaharat este adesea prezent la litiazici. În timpul colicii biliare se poate agrava, favorizînd complicațiile. De aceea se impune căutarea sistematică a acestuia în toate cazurile.

Starea aparatului cardiovascular trebuie să fie în atenția medicului, în special la vîrstnici, hipertensivi sau la purtătorii unei cardiopatii preexistente. Adesea, colica biliară declanșează manifestările clinice ale coronaropatiei (angină pectorală, infarct miocardic) sau ale insuficienței cardiace.

Scanned with OKEN Scanner

Conduita de urgență

Colicile biliare de intensitate și durată mică, fără complicații, nu necesită investigații de urgență și pot fi tratate la domiciliu, cu repaus, regim alimentar, antispasmodice. Colecistitele acute, colicile biliare însoțite de vărsături (cu tulburări hidroelectrolitice), icter sau diverse complicații necesită internarea în spital.

Nu se administrează de la început morfină sau Mialgin, mai ales atunci, cînd diagnosticul nu este stabilit cu certitudine.

Examinări de urgență

Numărarea leucocitelor, bilirubinemie, transaminaze, timp de protrombină, azot, ionograma sanguină, rezerva alcalină, glicemie, amilazemie, amilazurie, examenul urinii (urobilinogen, pigmenți biliari).

Creșterea numărului leucocitelor se întîlnește în procesele inflamatorii ale căilor biliare, dar prezența leucocitozei nu este constantă.

Radiografia simplă poate releva, uneori, calculi radioopaci.

Nu se face în criză sondajul duodenal sau colecistografia cu substanță de contrast.

Electrocardiograma și *radioscopia toracică* sînt adesea necesare pentru diagnostic diferențial sau pentru aprecierea stării inimii în vederea intervenției chirurgicale.

Tratament

Repausul la pat este necesar în colicile mari sau în prezența complicațiilor. Aplicarea de căldură locală se indică în lipsa fenomenelor inflamatorii. În colecistita acută se aplică punga cu gheață.

Alimentația. În timpul colicii se permit ceaiuri (tei, mușețel, mentă), limonadă, zeamă de compot. Se introduc treptat, în funcție de evoluția clinică, pîine albă uscată, paste făinoase, orez, griș, supe sau pireuri de legume, lapte degresat, brînză de vacă, carne slabă fiartă.

Combaterea durerii. În prima fază, atunci cînd durerile sînt de intensitate mică, localizate în epigastru, medicația antispasmodică și antialgică poate calma durerea.

• *Antispasmodice:* Lizadon (tablete sau supozitorii), Foladon, Fobenal, Scobutil simplu sau compus (tablete, fiole sau supozitorii), papaverină, atropină, procaină 1% i.v. încet, Neopepulsan. Se mai

Scanned with OKEN Scanner

pot utiliza ca spasmolitice: spasmocromona, nitriții sau derivații purinici (miofilină i.v.).

• *Antialgice:* Algocalmin (tablete sau fiole), Antidoren (fiole), Fortral (fiole sau comprimate).

Calmarea durerii se mai poate face cu *Clordelazin, Plegomazin, infiltrația simpaticului lombar cu xilină 0,5% sau novocainā.*

• Dacă colica nu cedează, se recurge la *Mialgin* (i.m. sau i.v. foarte încet, diluat în 10 ml soluție de glucoză 10% sau ser fiziologic) sau *Sintalgon.* Se va evita pe cît posibil, repetarea administrării lor din cauza pericolului obișnuinței. Opiaceele se administrează numai în caz de strictă necesitate, cînd antispasmodicele și antialgicele nu au avut efect. *Morfina* (0,02 g pe doză), în injecții subcutanate, se asociază întotdeauna cu atropina (0,001 g), pentru efectul spasmolitic al acesteia și pentru combaterea fenomenelor secundare datorite morfinei.

Calmarea vărsăturilor se poate obține cu *Emetiral* (dragee sau supozitorii), Torecan (dragee sau fiole), Clordelazin (dragee) sau Plegomazin (fiole).

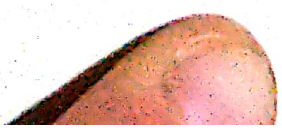
Combaterea infecției este necesară în colecistita acută coledocită, angiocolită. Se pot administra: penicilină 1,6—2 mil. U/zi), asociată cu streptomicină (1 g/zi), tetraciclină (2—3 g/zi per os). Solvocilin (0,275 g i.v., dizolvat în 10 ml apă distilată, la 8 sau 12 ore), ampicilin (2—3 g/zi, per os sau i.m.). Calea de administrare a antibioticelor depinde de toleranța digestivă.

Corectarea tulburărilor hidroelectrolitice și ale echilibrului acidobazic (p. 60, vol. I) este necesară în prezența vărsăturilor repetate. Adesea și aportul caloric trebuie asigurat pe cale parenterală.

Sedativele (Hidroxizin, Diazepam, bromuri, meprobamat, barbiturice) sînt utile pentru calmarea stării de agitație care însoțește adesea colica biliară.

Tratamentul chirurgical intră în discuție în litiaza biliară și angiocolecistita acută, mai ales în prezența complicațiilor. Cu excepția peritonitei biliare, în care este obligatorie intervenția de urgență, rareori se face indicația operatorie de la început, chiar și în prezența colecistitei acute sau a icterului. Conduita trebuie individualizată, în funcție de evoluția clinică, vîrstă, starea generală, caracterul procesului local și tulburările asociate, mai ales starea funcțională a ficatului.

În colecistita acută, bolnavii se țin sub observație în timpul unui tratament corect aplicat. Se urmăresc, din două în două ore, pulsul, temperatura, respirația, starea locală, leucocitoza. Paralel se fac investigații pentru depistarea tulburărilor hidroelectrolitice



Scanned with OKEN Scanner

și ale echilibrului acidobazic, a tulburărilor funcționale hepatice și pancreatice, se observă starea aparatului cardiovascular. Dacă în 24—36 ore temperatura și pulsul continuă să crească, fenomenele locale se accentuează și leucocitoza crește, bolnavul trebuie operat. Dacă însă, în acest interval de timp, fenomenele generale și locale regresează treptat, se continuă tratamentul medical pînă la cedarea completă a simptomatologiei. Explorarea ulterioară a căilor biliare (colecistografie, sondaj duodenal) va preciza diagnosticul și conduita terapeutică.

PANCREATITA ACUTĂ

Elemente de diagnostic clinic

Durerea domină tabloul clinic. De regulă are debut brusc, cu localizare în etajul abdominal superior, „în bară", cu iradiere în spate. Durerea este continuă, de intensitate mare. Uneori, bolnavul ia poziții antalgice (flexiunea trunchiului, antebrațele pe abdomen presînd regiunea dureroasă). Durerile sînt însoțite de grețuri, vărsături (alimentare, bilioase sau hemoragice), meteorism, constipație sau ileus dinamic. În formele grave apare starea de șoc.

Bolnavul este agitat, anxios, tahicardic, cu extremități reci și umede. Febra poate apare în primele zile, cu valori pînă la 38—39°C.

În contrast cu intensitatea durerii și cu semnele generale, local se constată doar o ușoară sensibilitate, uneori o împăstare. De regulă lipsește apărarea musculară. Uneori se poate evidenția ascită cu lichid serohemoragic și pleurezie bazală stîngă. În unele cazuri, la nivelul peretelui abdominal apar pete cianotice.

Condiții de apariție: ingerare de alcool, mese copioase, la bolnavi cu obezitate, litiază biliară, diabet zaharat, hepatită cronică. De multe ori există episoade similare în antecedente.

Diagnostic diferențial: colica biliară, perforația unui ulcer, peritonita, ileusul, infarctul intestinomezenteric, infarctul miocardic etc.

Particularități clinice legate de substrat

Pancreatita edematoasă, „cataralâ", avînd ca substrat edemul interstițial, fără infiltrații celulare sau necroză, are un tablou clinic mai puțin grav, cu evoluție mai benignă (remisiune în 3—4

Scanned with OKEN Scanner

zile). Însoțește adesea colica biliară, unele viroze (parotidita epidemică, hepatita acută) sau infecții bacteriene (febră tifoidă, dizenterie etc.). Sînt prezente durerile de mai mică intensitate, grețurile, vărsăturile, meteorismul, constipația.

Pancreatita acută hemoragică are ca substrat necroza hemoragică a pancreasului. Tabloul clinic este dramatic. Starea de șoc se poate instala de la început. Pot fi prezente ascensiunile febrile. Sînt mai frecvente complicațiile (fenomene hemoragice, infecțioase).

Nu există însă o corelație strînsă între aspectul clinic și substratul anatomic al pancreatitei acute.

Pancreatita purulentă, de cele mai multe ori sub forma colecțiilor delimitate, complică stările septicemice. Fenomenele locale sînt mai pronunțate, eventual se palpează o formațiune tumorală sensibilă.

Complicații și perturbări asociate

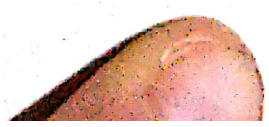
Starea de șoc se manifestă prin fenomene cardiovasculare (scăderea tensiunii arteriale, tahicardie), respiratorii (dispnee, polipnee), cutanate (paloare, cianoză, transpirații, extremități reci), nervoase (agitație, stare confuzivă), renale (oligurie, insuficiență renală acută).

Tulburările hidroelectrolitice și ale echilibrului acidobazic sînt consecința stării de șoc, a vărsăturilor și a tulburării tranzitului intestinal. Hipocalcemia (consecutivă, probabil, precipitării calciului de către acizii grași eliberați prin necroza lipolitică) poate produce tetanie.

Fenomenele hemoragice, cu diverse localizări, sînt datorite erodării vaselor, tulburărilor de coagulare și fibrinoliză sau coagulării intravasculare diseminate.

Pancreatita purulentă poate complica evoluția pancreatitei hemoragice, în săptămîna 3—4, prin suprainfectarea focarelor de necroză. Se manifestă prin creșterea temperaturii, leucocitoză și, în caz de abces, prin palparea unei formațiuni tumorale sensibile în regiunea epigastrică.

Tulburări cardiace. Starea inimii trebuie întotdeauna explorată, mai ales în prezența șocului, atît pentru diagnosticul diferențial al pancreatitei acute cu infarctul miocardic, cît și pentru depistarea eventualelor repercusiuni cardiace ale perturbărilor generale din formele grave ale bolii (ischemie, pericardită).



Scanned with OKEN Scanner

Diabetul zaharat este adesea asociat pancreatitei acute; hiperglicemia tranzitorie poate fi consecința pancreatitei, dar nu este rară nici prezența unui diabet zaharat preexistent, agravat de procesul pancreatic.

Litiaza biliară și hepatita cronică sînt adesea prezente. Colica biliară poate precede sau însoți o pancreatită acută. Explorarea stării funcționale a ficatului este necesară în toate cazurile, iar, ulterior, după remisiune, se vor explora și căile biliare.

Conduita de urgență

Orice bolnav cu pancreatită acută trebuie spitalizat și ținut sub observație medico-chirurgicală, chiar dacă momentan nu sînt semne de gravitate deosebită, întrucît evoluția este imprevizibilă.

Nu se administrează Mialgin sau morfină. Se poate da atropină (0,5 mg s.c. sau i.v.).

În caz de stare de șoc, dacă este posibil, se va institui o perfuzie cu soluție macromoleculară (Dextran-40) sau ser glucozat 5%, perfuzie care va fi menținută în timpul transportului cu salvarea.

Examinări de urgență

Amilazemia, amilazuria, glicemia, bilirubinemia, fosfataza alcalină, azotemia, probe funcționale hepatice, hematocrit, leucocite, electrocardiograma, radioscopie sau radiografie „pe gol".

Semnificative pentru diagnostic sînt *amilazele crescute* (la 8—48 ore de la debut), *hiperglicemia, hipocalcemia, leucocitoza* între 8—20.000. *Bilirubina* și *fosfataza alcalină crescute* atrag atenția asupra interesării coledocului (prin pancreatită sau litiază biliară asociată).

Amilazele pot fi crescute și în lichidul pleural sau ascitic.

Radiologic se pot evidenția semne de ileus dinamic, cuprinzînd colonul transvers și primele anse ale intestinului subțire.

Alte examinări sînt, uneori, necesare pentru diagnosticul diferențial.

Tratament

Calmarea durerii se obține uneori cu atropină, asociată la nevoie cu perfuzii cu procaină sau xilină (0,20—0,40 g/zi) în ser glucozat 5%. Nitroglicerina, nitritul de amil sau miofilina pot fi

Scanned with OKEN Scanner

utile pentru relaxarea sfincterului Oddi. Ca antialgic se poate încerca Fortral în injecții i.m. Dacă durerile nu cedează, se poate face infiltrația simpaticului lombar cu procaină sau xilină. Clordelazin, Plegomazin sau Romergan se utilizează numai în absența șocului. Dacă durerile persistă, Mialginul este de preferat opiaceelor, deoarece produce mai puțin decît acestea din urmă spasm la nivelul sfincterului Oddi.

Pentru *reducerea secreției pancreatice* se administrează atropină (0,5 mg s.c. sau i.v. lent, de 3 ori pe zi) sau anticolinergice de sinteză parenteral (Scobutil, Probantin, Neopepulsan).

• Nu se administrează nimic per os timp de 2—3 zile, apoi se pot introduce cantități mici de lichide, dacă bolnavul le tolerează. Se asigură *nutriția parenterală* prin perfuzii cu glucoză. La aproximativ 4—5 zile, se poate începe realimentarea bolnavului, la început cu ceaiuri, sucuri de fructe, lapte degresat, glucide (zahăr, paste făinoase, griș cu lapte degresat, pîine prăjită), pireuri de legume. După 10—14 zile se introduc proteine (brînză de vacă, albuș de ou, carne slabă fiartă). Grăsimile (smîntînă, unt, uleiuri vegetale se adaugă treptat, în cantități mici, după cîteva săptămîni. Dieta va fi fără sare.

• *Aspirația gastrică* prin sondă se aplică pentru a evita intrarea sucului gastric în duoden și, în consecință, pentru a împiedica stimularea secreției pancreatice.

Combaterea stării de șoc (p. 14, vol. I) se face prin perfuzii cu glucoză izotonică sau ser fiziologic, plasmă sau sînge, soluții macromoleculare (Dextran 40), sub controlul hematocritului, al debitului renal și, dacă e posibil, al presiunii venoase centrale, ca indici ai corectării hipovolemiei. Hemisuccinatul de hidrocortizon se adaugă în perfuzie în formele grave.

Corectarea tulburărilor hidroelectrolitice și ale echilibrului acidobazic (p. 60, vol. I) se face în funcție de modificările umorale prezente, controlate repetat. În caz de hipocalcemie se administrează gluconat de calciu, 10 ml din soluția 10%, la 4—6 ore.

Tratamentul antibiotic se aplică în prezența infecției (supraînfectarea focarelor de necroză, angiocolecistite, infecții pleuropulmonare). Rolul profilactic al acestuia este îndoielnic. Se pot administra: penicilină cu streptomicină, ampicilină, gentamicină, kanamicină, solvocilin.

Glucocorticoizii și ACTH-ul sînt necesare în cazurile grave pentru efectul antiinflamator, antișoc și antitoxic, dar acțiunea lor asupra procesului pancreatic este discutabilă.

Trasylolul (ca inhibitor al acțiunii proteolitice a tripsinei și kalicreinei) poate avea efect favorabil, dacă se aplică la debutul

Scanned with OKEN Scanner

bolii. Se administrează intravenos 1—2 fiole a 25.000 U, apoi 25.000—50.000 U la 6 ore timp de cîteva zile. Dozele se scad treptat la 50.000—100.000 U/zi, apoi la 25.000—50.000 U/zi și se întrerup la cîteva zile după normalizarea amilazemiei. Eficiența Trasylolului este contestată de unii autori.

Tratamentul fenomenelor hemoragice este în funcție de gravitatea lor și de mecanismul implicat în producerea lor.

Tratamentul chirurgical. Consultul cu chirurgul este necesar în toate cazurile. Dacă nu se poate exclude cu certitudine perforația, ileusul mecanic, peritonita, infarctul intestinomezenteric, este preferabil să se intervină, nu însă înainte de a scoate bolnavul din șoc.

Intervenția chirurgicală se indică în cazurile grave, care nu sînt influențate favorabil de tratamentul medical, și atunci cînd survin complicații locale (pancreatita purulentă, abcese, pseudochiste etc.).

APENDICITA ACUTĂ

Elemente de diagnostic clinic

Debutul apendicitei acute este de regulă marcat de durere, de intensitate variabilă, cu sediu inițial în epigastru sau periombilical. Vărsăturile apar, de cele mai multe ori, după durere; bolnavul are 1—2 vărsături, după care persistă greața și anorexia.

Febra (pînă la 38°C) rareori apare de la început. Atunci cînd domină febra și vărsăturile la debut este mai puțin probabilă apendicita acută. Diareea este rară, constipația frecventă.

După cîteva ore (6—12 ore), durerea se localizează în fosa iliacă dreaptă, devine persistentă, accentuîndu-se la mers, schimbări de poziție, tuse și apar semnele obiective abdominale.

Palparea fosei iliace drepte pune în evidență sensibilitate la compresiune într-un punct fix, a cărui localizare depinde de poziția apendicelui. La decompresiune bruscă, bolnavul semnalează durere (semnul Blomberg), datorită iritației peritoneale.

Durerea poate fi provocată și de palparea fosei iliace stîngi cu împingerea gazelor spre cec; distensia acestuia produce durere în fosa iliacă dreaptă (semnul Rowsig).

Contractarea activă a psoasului (prin ridicarea din poziția orizontală a piciorului întins, în timp ce se comprimă manual fosa iliacă

Scanned with OKEN Scanner

dreaptă) accentuează durerea. Durerea poate fi exarcerbată și prin rotația externă a coapsei.

Contractura musculară, localizată în fosa iliacă dreaptă, este un semn de mare valoare diagnostică, intensitatea ei fiind dependentă de gradul interesării peritoneului și de capacitatea de reacție a organismului (mai redusă la bătrîni și în formele toxice).

Tușeul rectal poate evidenția sensibilitatea datorită poziției pelviene a apendicelui.

Diagnostic diferențial: gastroenterita acută, limfadenita mezenterică, diverticulita Meckel, enterita regională, ocluzia intestinală, colecistita acută, ulcerul perforat, colica renală, anexita acută dreaptă, ruptură de chist ovarian, pneumonia la copii.

Particularități clinice legate de sediul apendicelui și de teren

Deși există unele simptome particulare în funcție de substratul anatomic (apendicită cataralâ, flegmonoasă, gangrenoasă), din punct de vedere clinic are importanță stabilirea diagnosticului de apendicită acută și nu diferențierea formei morfopatologice. Dealtfel nu există o concordanță strictă între manifestările clinice și leziunea anatomică.

Apendicita retrocecală este mai greu de recunoscut, deoarece semnele din fosa iliacă dreaptă sînt mai reduse. Durerile iradiază mai frecvent spre regiunea lombară, se accentuează la mers și la flectarea coapsei. Se pot adăuga manifestări urinare (disurie, polakiurie, hematurie), datorite vecinătății ureterului. Nu se constată sensibilitate sau contractură musculară în fosa iliacă dreaptă, numai eventual o distensie a cecului. Palparea în decubit lateral poate evidenția sensibilitate și împăstare de-a lungul crestei iliace, spre flancul drept și regiunea lombară.

Nefiind diagnosticată de la început, duce mai frecvent la complicații (abcese retroperitoneale, subfrenice, hepatice, peritonită).

Apendicita subhepatică este greu de diferențiat de colecistita acută. Chiar dacă nu se poate preciza cu certitudine diagnosticul, importantă este urmărirea atentă a simptomelor locale și generale, pentru a se putea face la momentul oportun indicația operatorie. De cele mai multe ori însă, antecedentele biliare, febra mai ridicată, icterul, permit orientarea diagnosticului spre o colecistită acută.

Apendicita pelviană poate evolua cu semne abdominale minime. Datorită localizării procesului în vecinătatea vezicii urinare, a organelor genitale și a rectului, pot apare: polakiurie, disurie, te-

Scanned with OKEN Scanner

nesme, metroragii. De o deosebită importanță diagnostică este tușeul Douglasului, la nivelul căruia se constată sensibilitate și impăstare.

Diagnosticul diferențial al apendicitei pelviene se face în special cu afecțiunile inflamatorii de origine genitală (piosalpinx, anexită acută).

Apendicita la copii are o progresiune mai rapidă. Perforația este mai frecventă; posibilitățile de blocare fiind mai reduse la această vîrstă, perforația este urmată de peritonită generalizată. De aceea supravegherea trebuie să se facă la intervale mai scurte, iar decizia operatorie nu trebuie amînată prea mult.

Diagnosticul diferențial se face în special cu pneumonia bazală dreaptă cu junghi abdominal, cu limfadenita mezenterică (antecedente de infecție respiratorie, fenomene locale mai atenuate, lipsa contracturii), cu gastroenterita acută (vărsăturile și diareea mai frecvente, dureri mai difuze, sub formă de crampe, simptomatologia locală mai puțin conturată) și invaginația (semne de ocluzie intestinală, scaune sanguinolente, palparea unei formațiuni tumorale).

Apendicita la vîrstnici are mai puține semne prodromale; febra este adesea absentă (ca și leucocitoza), semnele abdominale sînt mai puțin caracteristice. Domină uneori tulburările de tranzit intestinal (ileus); alteori, prima manifestare o constituie blocul apendicular, cu reacție generală minimă, care pune probleme de diagnostic diferențial cu neoplasmul colonului.

Complicații

Perforația rareori survine sub opt ore de la debut. Dar majoritatea apendicitelor au tendință la progresiune și perforație. Se suspectează perforația dacă intensitatea durerilor crește, sensibilitatea și apărarea musculară au tendința de extindere, febra se ridică, starea generală se alterează, apare ileusul.

Peritonita generalizată este consecința perforației, în care caz durerea difuzează în întreg abdomenul, vărsăturile sînt frecvente, pulsul devine tahicardic, febra crește, apare oprirea tranzitului intestinal, iar examenul obiectiv evidențiază contractură generalizată.

Peritonita poate apare după o aparentă regresiune de cîteva zile a procesului apendicular sau în evoluția blocului apendicular.

Scanned with OKEN Scanner

Blocul apendicular este o peritonită localizată, în care, în evoluția unei apendicite nediagnosticate sau netratate la timp, apare o formațiune tumorală foarte sensibilă în fosa iliacă dreaptă, însoțită de febră, tahicardie, apărare musculară.

Conduita de urgență

Apendicita acută necesită internarea de urgență într-un servigiu chirurgical. Orice bolnav suspectat de apendicită acută trebuie supravegheat atent, de aceea este preferabilă spitalizarea de la început. Dacă există posibilitatea de observație strînsă, din oră în oră, internarea poate fi amînată cîteva ore (în orice caz nu mai mult de 6—8 ore), pînă la conturarea simptomatologiei locale. O atenție deosebită se va acorda copiilor, la care evoluția este mai rapidă.

Este contraindicată calmarea durerii și administrarea de purgative.

Examinări de urgență

Leucocitoza, de regulă moderată la început, are valoare în special pentru urmărirea evoluției bolii.

Alte examinări sînt necesare atunci cînd se pun probleme de diagnostic diferențial cu colica renală, ocluzia intestinală, ulcerul perforat, afecțiuni ginecologice, etc. sau pentru evidențierea perturbărilor umorale din complicațiile bolii (peritonită, stare de șoc, ileus).

Tratament

Repausul la pat este obligatoriu. Nu se administrează nimic per os.

Nu se administrează calmante ale durerii înainte de precizarea diagnosticului și stabilirea indicației chirurgicale. Se pot da tranchilizante.

Se va face întotdeauna consult cu chirurgul și, atunci cînd se suspectează o apendicită pelviană, și cu ginecologul. Examenul ginecologic este necesar adesea și pentru elucidarea problemelor de diagnostic diferențial cu o afecțiune ginecologică (sarcină extrauterină, anexită etc.).

Scanned with OKEN Scanner

Se urmăreşte evoluţia semnelor locale, a febrei, pulsului, leucocitozei. În cazul în care simptomatologia locală se conturează, se indică intervenţia chirurgicală. Creşterea temperaturii şi leucocitozei aparţin inflamaţiei peritoneale şi constituie indicaţii de intervenţie de urgenţă.

În blocul apendicular se aplică punga cu gheaţă şi se administrează antibiotice. Dacă fenomenele locale şi generale au tendinţă de regresiune, se aşteaptă retrocedarea acestora şi se intervine „la rece", după 6 săptămîni pînă la 3 luni. Dacă însă fenomenele locale sau generale se agravează, datorită abcedării blocului apendicular sau generalizării peritonitei, se intervine de urgenţă.

ILEUSUL

Elemente de diagnostic clinic

Oprirea tranzitului intestinal (a scaunelor şi a vînturilor) constituie criteriul de bază în stabilirea diagnosticului. Celelalte manifestări clinice sînt în funcţie de sediul obstacolului, de caracterul mecanic sau dinamic al acestuia şi de rapiditatea cu care s-a instalat. De regulă sînt prezente durerile, greţurile şi vărsăturile, meteorismul şi alterarea stării generale.

Ileusul mecanic debutează prin dureri sub formă de colică, cu creşteri paroxistice şi cedări bruşte, urmate de oprirea tranzitului intestinal. Durerile sînt însoţite de vărsături, la început alimentare, ulterior bilioase şi apoi fecaloide, meteorism care se accentuează treptat în evoluţie. În timpul colicilor se pot auzi zgomote hidroaerice şi se pot observa unde peristaltice („agitaţie abdominală").

Sensibilitatea locală este absentă sau moderată şi, de regulă, nu sînt semne de iritaţie peritoneală. Febra lipseşte de cele mai multe ori.

• În *obstrucţiile înalte,* durerile sînt mai pronunţate şi au o localizare periombilicală; la început pot exista emisii de materii fecale din porţiunea inferioară a intestinului. Vărsăturile apar mai precoce şi sînt mai pronunţate decît în obstrucţiile joase.

• În *obstrucţiile joase,* durerea este de mai mică intensitate, fiind situată în zona interesată. Ulterior, durerile se generalizează şi devin constante. Meteorismul este mai pronunţat decît în ocluziile înalte.

Scanned with OKEN Scanner

Ileusul dinamic este mai frecvent datorit *parezei intestinale;* aici, de cele mai multe ori, durerea lipsește, prezența ei fiind condiționată de boala de bază. Lipsesc, de asemenea, undele peristaltice și zgomotele hidroaerice („silențiu abdominal"); domină meteorismul. Mai rar, ileusul dinamic se datorește *spasmului,* în care caz colicile sînt prezente, dar manifestările locale și generale sînt mai puțin pronunțate decît în ileusul mecanic, iar oprirea tranzitului intestinal este de durată scurtă.

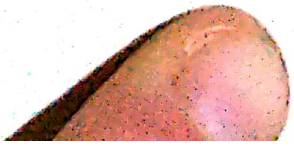
Diagnostic diferențial. Problemele de diagnostic diferențial sînt legate în special de necesitatea stabilirii indicației operatorii. În primul rînd trebuie excluse bolile în care nu se indică intervenția chirurgicală: colica renală, colica biliară, porfiria acută intermitentă, tabesul dorsal, intoxicația cu plumb, diselectrolitemiile cu ileus dinamic. Diferențierea între ileusul mecanic și ileusul dinamic determinat de boli cu indicație chirurgicală (inflamații și perforații ale organelor abdominale, torsiuni și rupturi de organ, infarctul intestinomezenteric, peritonita) are mai puțină importanță practică.

Particularități clinice legate de substrat

Ileusul mecanic survine în procese stenozante ale intestinului (tumori, tuberculoză), în hernii externe, (inghinale, crurale, epigastrice, ombilicale) sau interne (hiatală, în bursa omentală, sindrom aderențial prin bride, compresiuni externe prin tumori, obstrucție prin calcul biliar, ghem de viermi intestinali, fecaloame). Anamneza și examenul obiectiv, pe lîngă simptomatologia ileusului mecanic, pot evidenția manifestările bolii de bază.

Forma cea mai gravă este reprezentată de *strangulație,* deoarece tulburările trofice (prin suprimarea circulației segmentului intestinal interesat) pot duce la perforație și peritonită. Durerea este mai severă, mai constantă, scaunele pot fi sanguinolente; fenomenele de șoc se instalează rapid și sînt progresive, apar fenomene de iritație peritoneală și semnele generale ale infecției.

Strangulația survine mai ales în herniile încarcerate, diagnosticul fiind mai ușor dacă herniile sînt externe. Căutarea sistematică a acestora este necesară în toate cazurile de ileus. Adesea strangularea este datorită bridelor, la bolnavi cu antecedente peritoneale (intervenții pe abdomen, tuberculoză peritoneală), mai rar volvulusului (favorizat de tumori) și invaginației.



Scanned with OKEN Scanner

Invaginația apare mai ales la copii; scaunele sanguinolente și palparea unei formațiuni tumorale mobile atrag atenția asupra acestei posibilități.

Ileusul dinamic apare în variate condiții etiologice. Anamneza și examenul obiectiv pot evidenția boala de bază: colica renală, infecții severe, fracturi vertebrale, comă diabetică, uremie sau alte cauze de diselectrolitemii, infarct intestinomezenteric, peritonită, visceropatii abdominale (pancreatite acute, rupturi și torsiuni de viscere etc.). Este frecvent după intervenții chirurgicale pe abdomen.

Complicații și perturbări asociate

Starea de șoc complică în special obstrucția intestinului subțire și, mai ales, strangulația.

Tulburările hidroelectrolitice și ale echilibrului acidobazic sînt datorite în special vărsăturilor, care duc la deshidratare și alcaloză. În ocluziile joase este mai frecventă acidoza.

Peritonita acută complică evoluția ileusului mecanic, atunci cînd apare strangulația sau perforația. Sînt prezente: febra, leucocitoza, apărarea musculară, starea de șoc.

Manifestări cardiace pot apare ca urmare a tulburărilor generate de ileus, dar, uneori, prezența cardiopatiei (stenoză mitrală, fibrilație atrială, endocardită bacteriană, infarct miocardic recent) poate sugera substratul procesului abdominal (obstrucția arterelor mezenterice prin tromboze sau embolii). Explorarea aparatului cardiovascular are importanță și în vederea intervenției chirurgicale, mai ales la vîrstnici.

Conduita de urgență

Internarea bolnavului este obligatorie, fie într-un serviciu de chirurgie (dacă se poate stabili de la început indicația operatorie), fie într-unul de interne (dacă se suspicionează natura funcțională a tulburărilor de tranzit intestinal). Se pot administra antispasmodice (atropină, papaverină, Scobutil etc.). Opiaceele sînt contraindicate pînă la precizarea diagnosticului. Dacă e cazul, se asigură instituirea primelor măsuri de combatere a stării de șoc sau a tulburărilor hidroelectrolitice.

Scanned with OKEN Scanner

Examinări de urgență

Ionogramă, rezervă alcalină, azotemie, leucocite, radioscopie sau radiografie abdominală fără substanță de contrast.

Alte examinări pot fi necesare pentru stabilirea substratului bănuit (pancreatită, hemoragie internă, boli ginecologice etc.) sau pentru diagnostic diferențial.

Examenul radiologic are o mare valoare diagnostică. În ileusul mecanic evidențiază imaginile hidroaerice; în obstrucția intestinului subțire, acestea apar situate periombilical, sînt numeroase și de dimensiuni mai mici; în obstrucția intestinului gros, imaginile hidroaerice sînt mai puține la număr, mai mari, situate lateral. În ileusul dinamic, de regulă, nu se observă nivele de lichid, numai ansele destinse de gaz.

Radiografia „pe gol" poate fi utilă și pentru evidențierea calculilor radioopaci, în cazul colicii renale complicate cu ileus dinamic.

Tratament

Corectarea tulburărilor hidroelectrolitice și ale echilibrului acidobazic (p 60, vol. I) este necesară în toate cazurile.

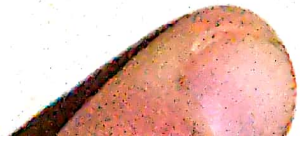
Combaterea stării de șoc se va face cu mijloacele corespunzătoare șocului hipovolemic (p. 14, vol. I).

Nu se administrează nimic per os. Necesarul caloric va fi asigurat prin perfuzii cu glucoză.

Restabilirea tranzitului intestinal se face prin tratament medical sau chirurgical, în funcție de natura ileusului.

• În *ileusul dinamic* se va încerca restabilirea tranzitului prin mijloace medicale, cu excepția cazurilor în care boala de fond (peritonita, hemoragia internă etc.) impune de la început intervenția chirurgicală. Se face aspirație gastrointestinală prin sondă, se administrează medicație care excită peristaltismul intestinal (Miostin 1 fiolă i.m., ser clorurat hipertonic, albastru de metilen 0,5% 3—5 ml i.v.), clismă evacuatoare. Dacă nu se restabilește tranzitul intestinal, se indică intervenția chirurgicală, momentul intervenției stabilindu-se în funcție de evoluția fenomenelor locale și generale, prin consult cu chirurgul. Tratamentul bolii cauzale sau a condiției care a produs ileusul dinamic, este necesar în toate cazurile.

• În *ileusul mecanic* se indică intervenție chirurgicală de maximă urgență atunci cînd sînt prezente fenomenele de strangulație



Scanned with OKEN Scanner

sau de peritonită. În unele cazuri (fecaloame, sindrom aderențial, torsiunea sigmei, tumori etc.), se poate obține degajarea prin terapie conservatoare (aspirație gastrointestinală, antispasmodice, clisme evacuatorii); nu se administrează excitante ale peristaltismului intestinal. Dacă însă măsurile conservatoare sînt ineficiente, tranzitul nu se restabilește în cîteva ore, se indică intervenția chirurgicală.

INFARCTUL INTESTINOMEZENTERIC

Elemente de diagnostic clinic

Debutul este brusc, cu dureri abdominale de intensitate mare, uneori cu iradieri extinse retrosternale sau în membre. Durerile sînt însoțite de grețuri, vărsături, meteorism, oprirea vînturilor și scaunelor, stare de șoc. Mai rar debutul este progresiv, cu simptome mai puțin dramatice.

Abdomenul este sensibil, ușor bombat; lipsește apărarea musculară. Uneori se palpează o împăstare circumscrisă, corespunzătoare zonei infarctate.

În evoluție pot apare scaune sanguinolente (după 2—3 zile), semne de peritonită (prin perforația intestinului gangrenat), febră.

Diagnostic diferențial: pancreatită acută, perforație, peritonită sau ileus de alte cauze, stări de șoc (cu infarct intestinomezenteric neobstructiv).

Particularități clinice legate de substrat

Ateroscleroza constituie substratul cel mai frecvent al infarctului intestinomezenteric, cu tromboza arterei mezenterice superioare sau a ramurilor sale.

Prezența aterosclerozei în alte teritorii vasculare (coronarian, cerebral, periferic) și antecedentele de angină abdominală (dureri postprandiale, localizate sau generalizate) contribuie la stabilirea diagnosticului etiologic.

Embolia arterei mezenterice poate fi bănuită atunci cînd există o sursă emboligenă (fibrilație atrială, endocardită bacteriană, infarct miocardic, ateroscleroza aortei).

Scanned with OKEN Scanner

Alte procese arteriale (trombangeită obliterantă, periarterita nodoasă) se complică mai rar cu infarct intestinomezenteric. Contextul clinic poate orienta diagnosticul.

Tromboza venelor mezenterice, urmată uneori de infarct intestinomezenteric, apare în diverse afecțiuni abdominale (apendicită acută, perforații, cancer, ciroză hepatică, etc.), cardiovasculare (ateroscleroză, cardiopatii decompensate) sau generale (leucemii, poliglobulii, trombocitemii). Debutul este de regulă mai puțin brutal decît în tromboza arterială. Simptomatologia infarctului intestinomezenteric este precedată de dureri abdominale mai puțin intense, tulburări dispeptice (meteorism, grețuri, vărsături, diarei sau constipație) și stare febrilă.

În *insuficiența cardiacă gravă, stări de șoc, hipoxii accentuate*, infarctul intestinomezenteric poate surveni în absența trombozei mezenterice.

Complicații

Stare de șoc, peritonită.

Conduita de urgență

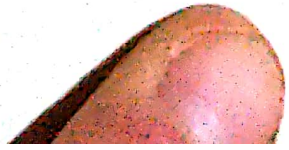
Se administrează calmante ale durerii (antispasmodice, antialgice) și se instituie primele măsuri de combatere a stării de șoc, dacă acesta este prezent. Internarea de urgență într-un serviciu de chirurgie este obligatorie.

Examinări de urgență

Numărarea leucocitelor, azotemie, ionogramă, rezervă alcalină, hematocrit, examenul scaunului.

Leucocitele sînt de regulă crescute. În scaun se constată prezența sîngelui.

Alte examinări sînt adesea necesare pentru diagnosticul diferențial cu alte afecțiuni abdominale (ileus, pancreatită, perforație etc.) sau extraabdominale (infarct miocardic). Radioscopia abdominală simplă și electrocardiograma trebuie efectuate în toate cazurile.



Scanned with OKEN Scanner

Tratament

Combaterea stării de șoc (p. 14, vol. I), *a tulburărilor hidro-electrolitice* (p. 60, vol. I) *și ale echilibrului acido-bazic* (p. 60, vol. I).

Antibioterapia este necesară pentru prevenirea infecției.

Antispasmodice: atropină, papaverină, Scobutil.

Nu se administrează anticoagulante.

Tratamentul chirurgical de urgență se indică în toate cazurile. Intervenția poate, uneori, să rezolve obstrucția arterelor mezenterice, prin embolectomie sau trombectomie. De cele mai multe ori este însă necesară rezecția intestinului infarctat.

Prognosticul este foarte grav și supraviețuirea excepțională.

PERITONITA ACUTĂ

Elemente de diagnostic clinic

Simptomatologia de debut depinde de boala cauzală.

Odată cu instalarea peritonitei apar: alterarea stării generale, sughiț, vărsături, transpirații, extremități reci, facies peritoneal, febră, prostrație.

Durerea localizată inițial în zona interesată de boala cauzală devine difuză, accentuîndu-se la tuse, respirație, schimbarea poziției.

Abdomenul este sensibil la palpare; decomprimarea bruscă accentuează durerea. Apărarea musculară, localizată la început deasupra ariei interesate, se generalizează.

Intensitatea durerii și a contracturii musculare depinde de natura conținutului peritoneal, fiind deosebit de pronunțată în perforația din ulcerul gastric.

Gradul contracturii depinde de stadiul evolutiv (diminuă la 6—8 ore de la debut) și de posibilitățile reactive ale peritoneului (mai redusă în stări toxice grave, la bătrîni, în general la cei cu perete flasc, la obezi).

Ileusul paralitic însoțește inflamația peritoneului.

Scanned with OKEN Scanner

Particularităţi clinice legate de substrat

1). În *peritonitele primitive* focarul septic iniţial nu este evident.

• *Peritonita gonococică* survine la fete tinere, infecţia iniţială fiind localizată genital, de unde difuzează prin trompe. De cele mai multe ori este predominantă la nivelul pelvisului, dar se poate generaliza.

• *Peritonita pneumococică* se observă la copii, uneori după infecţii respiratorii sau vulvovaginale. Fenomenele abdominale (dureri abdominale, vărsături, diaree) sînt însoţite de semnele generale ale infecţiei (febră, frison), uneori herpes. Contractura abdominală nu este prea pronunţată. Evoluţia este de cele mai multe ori benignă, mai ales după tratament antibiotic. Procesul se poate localiza, abceda sau fistuliza.

2). *Peritonitele secundare* apar în perforaţii viscerale (ulcer, cancer, colecistită acută, apendicită acută, febră tifoidă, rectocolită hemoragică, infarct intestinomezenteric, strangulaţie, plăgi externe, rupturi uterine, infecţii genitale, intervenţii chirurgicale).

Simptomatologia iniţială aparţine bolii de bază, în evoluţia căreia se dezvoltă, mai mult sau mai puţin dramatic (în funcţie de rapiditatea instalării, de conţinutul revărsatului peritoneal şi de reacţia organismului) peritonita.

În *ulcerul gastroduodenal perforat*, debutul este brusc prin dureri violente (sub formă de lovitură de pumnal), cu sediul iniţial în regiunea epigastrică, însoţite de stare de şoc. Apărarea musculară apare brusc şi este foarte pronunţată (abdomen de lemn). După cîteva ore durerea poate diminua în intensitate; remisiunea este însă înşelătoare, pentru că treptat se dezvoltă tabloul clinic al peritonitei acute generalizate, cu stare de şoc, vărsături frecvente, suprimarea tranzitului intestinal. Dacă nu se intervine chirurgical, bolnavul sucombă în 2—3 zile.

3). *Peritonitele localizate* sînt consecinţa perforaţiilor şi proceselor septice de la nivelul viscerelor abdominale sau al organelor învecinate, în care inflamaţia peritoneului rămîne circumscrisă în zona interesată. Simptomatologia bolii cauzale (apendicita acută, colecistita acută, ulcer gastroduodenal, abces hepatic, infecţii genitale, pielite, rectocolita hemoragică etc.) premerge apariţia peritonitei. Starea generală este mai puţin alterată decît în peritonitele secundare generalizate, şocul este mai rar. Febra poate fi

Scanned with OKEN Scanner

ridicată, însoțită de frisoane, mai ales atunci cînd procesul abcedează.

• *Abcesul subfrenic* se dezvoltă mai ales în partea dreaptă, după apendicită acută, colecistită acută, perforație gastroduodenală, intervenții chirurgicale pe abdomen etc. Se manifestă prin febră, frisoane, dureri în hipocondrul respectiv, accentuate la mișcările respiratorii și cu iradieri în umăr. Hemidiafragmul interesat este hipomobil; uneori, colecție pleurală bazală de aceeași parte. Tegumentele locale pot fi edematiate, sensibile la presiune. Ficatul este deplasat în jos, în abcesul subfrenic drept. Sub rebordul costal, apărare musculară. Dacă procesul este localizat posterior se poate constata contractura musculaturii lombare.

Abcesul subfrenic poate evolua spre peritonită generalizată sau perforație în pleură sau bronșii.

Diagnostic diferențial: pleurezie diafragmatică, abces perirenal, abces hepatic, chist hidatic supurat, stări septice de diverse origini.

• *Blocul apendicular* apare în evoluția apendicitei acute, sub forma unei formațiuni tumorale foarte sensibile, cu localizare în fosa iliacă dreaptă, însoțită de febră, tahicardie, alterarea stării generale. Poate evolua spre resorbție, abcedare sau perforație.

Diagnostic diferențial: tuberculoză ileocecală, cancer cecal, afecțiuni genitale.

• *Blocul pericolecistic* survine în evoluția colecistitei acute mai ales în litiaza biliară cu inclavare de calcul în cistic. Examenul obiectiv evidențiază o formațiune tumorală foarte sensibilă, imprecis delimitată, localizată în hipocondrul drept.

Diagnostic diferențial: ulcer perforat blocat, bloc apendicular subhepatic, abces pancreatic, chist hidatic hepatic supurat.

Conduita de urgență

Constatarea semnelor de iritație peritoneală, localizate sau generalizate, impune internarea de urgență într-un serviciu chirurgical. Măsurile aplicate imediat trebuie să vizeze starea de șoc, dezechilibrul hidroelectrolitic și acidobazic, infecția, durerea (antispasmodice, antialgice). Nu se administrează opiacee decît după precizarea diagnosticului într-un serviciu de specialitate.

Scanned with OKEN Scanner

Examinări de urgență

Ionogramă, azotemie, rezervă alcalină, hematocrit, glicemie, radioscopie sau radiografie abdominală „pe gol".

Perturbările umorale pot fi datorite stării de șoc, ileusului, infecției sau bolii de bază.

Numărul leucocitelor este, de regulă, crescut.

Radioscopia poate evidenția pneumoperitoneul, în caz de perforație, sau imagini hidroaerice, în ileus.

Alte examinări sînt necesare pentru diagnosticul bolii cauzale (pancreatita acută, febra tifoidă, boli ginecologice etc.), pentru evidențierea consecințelor cardiovasculare, renale, hepatice și respiratorii ale perturbărilor produse de procesul peritoneal sau pentru depistarea bolilor organice preexistente (cardiopatii, nefropatii, diabet etc.), în vederea intervenției chirurgicale.

În peritonitele localizate, în care intervenția operatorie se poate de regulă temporiza, sînt adesea necesare, pentru diagnosticul pozitiv și diferențial, și alte investigații: puncție pleurală, scintigrafie hepatică, puncție lombară, hemoculturi, examenul urinii, reacția Casoni, examinări radiologice.

Tratament

Combaterea stării de șoc (p. 14, vol. I).

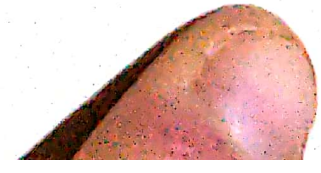
Corectarea tulburărilor hidroelectrolitice și ale echilibrului acidobazic (p. 60, vol. I).

Tratamentul infecției cu antibiotice. Inițial se poate administra penicilină în asociație cu streptomicină, ulterior, în funcție de evoluția clinică, de rezultatul culturilor și de antibiogramă se aplică antibioticul sau asociația de antibiotice corespunzătoare.

Tratamentul simptomatic al durerilor abdominale și al vărsăturilor (antispasmodice, antialgice, Emetiral, Torecan etc.), sedative.

Intervenția chirurgicală.

- În *peritonitele primitive*, de regulă nu se indică intervenția chirurgicală. Se aplică tratament antibiotic și se ține bolnavul sub observație medicochirurgicală. Dacă fenomenele nu cedează și au tendință la extindere și agravare se intervine chirurgical.
- În *peritonitele secundare generalizate*, intervenția este obligatorie în primele șase ore.
- În *abcesul subfrenic* se indică tratament chirurgical.



Scanned with OKEN Scanner

• În *blocul apendicular* nu se intervine de la început. Se observă evoluția fenomenelor locale și generale (febră, puls, T.A., leucocitoză). Dacă acestea au tendință de retrocedare, se așteaptă remisiunea lor completă sub tratament antibiotic și se intervine după șase săptămîni — trei luni. Dacă procesul local are tendință de extindere sau abcedare, se indică intervenția chirurgicală.

• În *blocul pericolecistic*, de asemenea, nu se intervine de la început, dacă evoluția simptomatologiei locale și generale este favorabilă. Tendința de extindere și abcedare impune intervenția operatorie.

SARCINA EXTRAUTERINĂ

Elemente de diagnostic clinic

Durerile sînt localizate într-una din zonele anexiale, intensitatea lor fiind foarte mare în ruptura trompei care conține sarcina. Durerile sînt însoțite de lipotimii sau stare de șoc (hipotensiune arterială, tahicardie, paloare, transpirații reci). Diagnosticul de sarcină extrauterină este bănuit mai ales în cazurile în care a preexistat o perioadă de amenoree sau de mici hemoragii, cu sînge închis la culoare, la intervale neregulate.

Examenul obiectiv abdominal evidențiază sensibilitate în fosa iliacă respectivă și, uneori, prezența unei colecții în cavitatea peritoneală.

Diagnostic diferențial: apendicită acută, colica renală, ruptură de chist ovarian, hemoragii interne și stări de șoc de alte cauze.

Examenul genital lămurește diagnosticul: la tușeul vaginal se constată o tumoare sensibilă, mobilă. Puncția fundului de sac vaginal arată prezența sîngelui care nu coagulează.

Conduita de urgență

Se internează bolnava de urgență într-un serviciu de ginecologie, instituindu-se, în prealabil, primele măsuri de combatere a șocului hemoragic, dacă acesta este prezent.

Scanned with OKEN Scanner

COLICA SATURNINĂ

Elemente de diagnostic clinic

Durerile abdominale sînt generalizate, violente, cu caracter de colică, fiind însoțite de constipație, adesea de vărsături, uneori de hipotermie, stare de șoc, oligoanurie.

Examenul obiectiv poate evidenția sensibilitate difuză abdominală, uneori apărare musculară, motiv pentru care colica saturnină poate fi confundată cu abdomenul acut chirurgical.

Crizele dureroase pot fi declanșate de infecții acute sau de ingerare de alcool.

Diagnosticul poate fi stabilit relativ ușor atunci cînd anamneza relevă existența condițiilor care au favorizat intoxicația (profesională sau accidentală) și atunci cînd sînt prezente și alte manifestări toxice (lizereu gingival, encefalopatie saturnină, polinevrită etc.).

Diagnostic diferențial: ulcer perforat, peritonite, porfirie acută intermitentă, tabes dorsal, diverse alte boli care evoluează cu dureri abdominale.

Conduita de urgență

De cele mai multe ori, mai ales dacă diagnosticul nu a fost precizat anterior, colica saturnină pune dificile probleme de diagnostic diferențial, care nu pot fi elucidate în condiții ambulatorii.

Pentru calmarea durerii se administrează clorpromazină (Clordelazin, Plegomazin, 75—150 mg/zi), iar pentru tulburările nervoase paraldehidă, tiopental sodic.

Sînt contraindicate: morfina, scopolamina, cloralhidratul.

Examinări de urgență

Examinările paraclinice, efectuate în urgență, sînt necesare pentru elucidarea problemelor de diagnostic diferențial și pentru depistarea tulburărilor umorale datorite vărsăturilor.

Plumbemia este crescută; de asemenea și *coproporfirina III* în urină. În hematii, granulații bazofile.

Tratament (p. 221, vol. I).

Scanned with OKEN Scanner

PORFIRIA ACUTĂ INTERMITENTĂ

Elemente de diagnostic clinic

Durerile au caracter de colică, uneori de intensitate foarte mare, însoțite de grețuri, vărsături, constipație, mai rar diaree, tahicardie, transpirații.

Crizele dureroase pot simula colica renală, apendicita acută, colecistita acută, ileusul. Bolnavul semnalează crize similare în antecedente și multiple intervenții pe abdomen (adesea multiplele cicatrici postoperatorii pe abdomen atrag atenția asupra diagnosticului).

Manifestările neurologice constau din dureri în extremități, parestezii, paralizii periferice fluxionare, convulsii, comă. Bolnavul poate sucomba prin paralizie bulbară. Pot apare variate manifestări psihice, neurotice sau psihotice.

Crizele apar uneori după barbiturice, alcool, sulfamide, anticonvulsivante, chinină, oestrogeni, infecții, ciclu menstrual, graviditate (postpartum), traume psihice.

În porfiria acută intermitentă nu există manifestări cutanate. Există și cazuri în care porfiria acută intermitentă se asociază cu porfiria cutanată tardivă (porfiria mixtă), în care crizele abdominale și manifestările neurologice se însoțesc de manifestări cutanate cronice (pigmentație brună, bule, macule atrofice și microchisturi, pe suprafețele expuse la lumină).

Urina la emisie este de regulă de coloratie normală; devine închisă la culoare după expunere la lumină și, mai ales, la raze ultraviolete.

Conduita de urgență

Bolnavii necesită internare chiar dacă diagnosticul a fost stabilit anterior, atît pentru elucidarea problemelor de diagnostic diferențial, pe care le pune durerea abdominală, cît și pentru complicațiile nervoase care pot fi fatale. Durerea se combate cu fenotiazine; se administrează sedative. Nu se administrează opiacee.

Scanned with OKEN Scanner

Examinări de urgență

Determinarea porfirinelor urinare, investigații pentru afecțiunile cu care se face diagnosticul diferențial și pentru evidențierea tulburărilor hidroelectrolitice și ale echilibrului acidobazic, consecutive vărsăturilor.

Leucocitele pot fi crescute.

Prezența *porfobilinogenului* în urină este caracteristică porfiriei acute intermitente; există și o excreție crescută de acid deltaaminolevulinic și de uroporfirină.

În porfiria cutanată tardivă lipsește porfobilinogenul și se elimină cantități crescute de uroporfirină și coproporfirină III. Dacă se asociază cu porfiria acută intermitentă apare și porfobilinogenul.

Tratament

Combaterea durerii se face cu Clorpromazină (25—50 mg intramuscular, de 2—3 ori pe zi), Romtiazin (0,03—1,18 g/zi, în mai multe prize), Plegomazin (75—100 mg/zi; 1 fiolă = 25 mg).

Cloralhidratul se poate administra în doze de 1—2 g/zi.

Antialgicele și anticolinergicele pot fi dăunătoare.

Combaterea stării de șoc sau a tulburărilor hidroelectrolitice.

Tratamentul patogenetic poate fi încercat cu derivați purinici (Fosfobion, ATP, Triadenil, Atriphos sau acid aspartic — Aspatofort).

Corticoterapia, EDTA și penicilamina au fost încercate cu rezultate încă discutabile.

CRIZELE GASTRICE TABETICE

Elemente de diagnostic clinic

Durerile epigastrice, de intensitate mare, chinuitoare, instalate brusc, sînt însoțite de grețuri și vărsături, care pot duce la alterarea stării generale, deshidratare, stare de șoc. Aspectul clinic poate simula un abdomen acut chirurgical.

Examenul obiectiv local nu relevă date semnificative.

Diagnosticul se stabilește atunci, cînd medicul se gîndește la această posibilitate și caută simptomatologia dată de leziunile ner-

Scanned with OKEN Scanner

voase: dureri fulgurante în extremități, parestezii, Romberg pozitiv, abolirea reflexelor osteotendinoase, tulburări oculare (paralizia nervilor oculomotori, semnul Argyll—Robertson, atrofie optică), auditive (surditate), urinare (dificultăți la micțiune), tulburări trofice periferice (mal perforant, edem), uneori osteoartropatii.

Afectarea sistemului nervos vegetativ poate da hipotensiune ortostatică. Mai rar, crizele dureroase sînt însoțite de hipertensiune paroxistică.

Diagnostic diferențial: ulcer perforat sau penetrant, colica biliară, pancreatita acută, porfiria acută intermitentă etc.

Conduita de urgență

Rareori diagnosticul se poate stabili de la început. De regulă, durerile nu cedează la medicația antispasmodică și antialgică și este necesară internarea de urgență.

Nu se administrează opiacee. Se poate da atropină 0,5—1 mg i.v.

Examinări de urgență

În prezența vărsăturilor sau a stării de șoc se fac examinări pentru evidențierea tulburărilor consecutive acestora (ionogramă, rezerva alcalină, hematocrit, azotemie).

Alte examinări sînt necesare pentru diagnosticul diferențial cu diverse afecțiuni abdominale.

Se recoltează sînge și lichid cefalorahidian pentru reacțiile serologice. R.B.W. este, de regulă, pozitivă în sînge și/sau lichidul cefalorahidian; în stadiile tardive, reacțiile serologice sînt negative.

Tratament

Alimentația bolnavului se face pe cale parenterală cu perfuzii de glucoză, paralel cu corectarea tulburărilor hidroelectrolitice (p. 60, vol. I) și ale echilibrului acidobazic (p. 60, vol. I).

Combaterea durerii se face cu atropină 0,5—1 mg i.v., de mai multe ori pe zi, infiltrații paravertebrale cu procaină 1% sau xilină 1%, la nivelul T_6—T_8.

Scanned with OKEN Scanner

Dacă durerea nu cedează se poate recurge la injecţia subarahnoidiană cu sulfat de magneziu 25%, 2 ml. Uneori durerea cedează la administrarea i.v. a bicarbonatului de sodiu.

Se vor evita opiaceele din cauza pericolului paraliziei centrului respirator şi a toxicomaniei.

Roentgenterapia şi alte procedee fizioterapeutice antialgice pot fi utile.

Uneori, ca tratament simptomatic, sînt necesare intervenţii neurochirurgicale.

Tratamentul etiologic al infecţiei luetice poate influenţa favorabil tulburările nervoase, inclusiv cele abdominale.

HEMORAGIA DIGESTIVĂ SUPERIOARĂ

Elemente de diagnostic clinic

Hemoragia digestivă superioară se poate exterioriza de la început prin vărsătură *(hematemeză)* şi/sau prin scaun *(melenă)*. Simptomele şi semnele de *anemie acută* pot precede sau însoţi hematemeza şi melena: paloare, ameţeli, nelinişte, vedere încețoşată, sete accentuată, transpiraţii reci, tahicardie, hipotensiune arterială, oligoanurie, lipotimie, stare de şoc, sincopă.

Aprecierea clinică a gravităţii hemoragiei. Gravitatea unei hemoragii depinde în primul rînd de cantitatea de sînge pierdut.

- *Hemoragia masivă, gravă* (pierderi de 1500—2000 ml sînge, 30—35% din volumul sanguin total), se manifestă prin hematemeză abundentă, în repetiţie, şi/sau scaune melenice diareice, paloare extremă (absenţa recolorării dungii albe după presiunea tegumentelor braţului), sete accentuată, la care se adaugă tabloul clinic al stării de şoc: ameţeli, lipotimii, chiar la eforturi minime, transpiraţii şi extremităţi reci, puls mic şi rapid (peste 120 bătăi pe minut), hipotensiune arterială (tensiunea sistolică sub 70—80 mmHg), oligoanurie.
- *Hemoragia de gravitate medie* (pierderi de 500—1500 ml sînge, 20—30% din volumul total) se manifestă prin hematemeză abundentă şi/sau melenă (scaune negre păstoase), însoţite de ameţeli, lipotimie în ortostatism sau la eforturi mici, paloare accentuată, transpiraţii reci, tahicardie (în jur de 100—120 bătăi pe minut), hipotensiune arterială (tensiunea sistolică de 80—90 mmHg).
- *Hemoragia uşoară* (pierderi de 50—250 ml sînge, 5—15% din volumul total) se exteriorizează prin mici hematemeze sau me-

lene (cu scaun format), însoțite de ușoară amețeală, eventual lipotimii de efort, paloare, transpirații, tahicardie (în jur de 90—100 bătăi pe minut), tensiunea arterială nemodificată sau ușoară hipotensiune (nu însă sub 100 mmHg).

Gravitatea acestei hemoragii nu depinde numai de cantitatea de sînge pierdut, ci și de *rapiditatea pierderii* (hipovolemia instalată brusc afectează brutal perfuzia tisulară, antrenează acidoza), de *continuarea sau repetarea* acesteia, de *factorii de teren* (vîrsta avansată, ateroscleroza, hipertensiunea arterială, insuficiența hepatică, insuficiența renală etc.) și de *substratul lezional* (ex. hemoragiile sînt mai grave în varice esofagiene, ulcere caloase, penetrante, cu erodarea unei artere).

Diagnosticul diferențial al hematemezei și melenei se face cu:

- Sînge provenit din hemoptizie, epistaxis sau hemoragii ale mucoasei bucale, sînge înghițit și apoi eliminat sub formă de vărsături sanguinolente;
- Hemoragii digestive inferioare (anorectoragii), manifestate prin scaune sanguinolente, scaune acoperite cu sînge (deseori și cu alte produse patologice, ca mucus, puroi) sau hemoragii cu sînge roșu rutilant (sindrom rectosigmoidian);
- Modificări de culoare a scaunului, datorite unor medicamente (pe bază de bismut, fier, cărbune) sau alimente (afine, sîngerete etc.);
- Anemie acută — șoc hipovolemic, datorite hemoragiilor interne (rupturi posttraumatice de ficat sau splină, disecția aortei, ruptura de anevrisme arteriale etc.).

Particularități clinice legate de substrat

Ulcerul gastroduodenal este cauza cea mai frecventă a hemoragiilor digestive superioare. Apare mai ales la bărbați între 25—40 ani. De cele mai multe ori, sindromul dispeptic caracteristic (sistematizat, cu caracter orar și periodic, centrat pe durere) precede apariția hemoragiei. Alteori, anamneza relevă prezența în antecedente a unui sindrom dispeptic hiperstenic (arsuri epigastrice, acidism, dureri nocturne). Hemoragia digestivă superioară poate însă marca uneori debutul clinic al bolii ulceroase. Apariția bruscă, „din senin", a hemoragiei digestive la persoane tinere, fără prodroame dispeptice, uneori cu boală ulceroasă în antecedentele familiale, sugerează un *ulcer gastric (mai rar duodenal) acut*.

Scanned with OKEN Scanner

Hemoragia digestivă, care apare la un bolnav operat pentru boală ulceroasă (mai ales gastroenteroanastomoză), pledează pentru *ulcer peptic postoperator.*

Hemoragia digestivă asociată cu arsuri epigastrice, hiperaciditate și scaune diareice ridică problema unui sindrom *Zollinger—Ellison.*

Cancerul gastric se poate manifesta prin vărsături sanguinolente („în zaț de cafea") sau melenă. De obicei hemoragiile sînt mici, repetate; rareori sîngerarea este abundentă prin erodarea unui vas. Vîrsta bolnavului (de regulă peste 40 ani), discomfortul abdominal, inapetența, slăbirea, paloarea, orientează diagnosticul clinic.

Hipertensiunea portală de diverse cauze se poate manifesta prin hemoragii digestive superioare, datorite rupturii varicelor esofagiene. Antecedentele hepatitice, ascita, circulația colaterală, pledează pentru *ciroza hepatică.* Splenomegalia, cu circulație colaterală portocavă (uneori splina se reduce după hemoragie) se întîlnește în *procese obstructive ale venei porte sau ale ramurilor sale.* Durerile abdominale, ascita, febra, frisonul însoțesc hemoragia digestivă din *tromboza venei porte.*

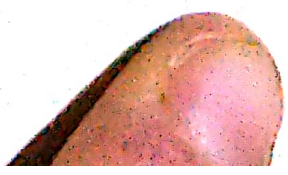
Cauze mai rare: hernia hiatală, boli ale esofagului (esofagite, ulcer peptic esofagian, tumori), sindrom Mallory—Weiss (ulcerații, fisuri ale mucoasei joncționale eso-gastrice, cauzate de eforturi repetate de vărsătură sau tuse), tumori benigne sau polipi gastrici, ulcerații sau gastrite hemoragice după medicamente (glucocorticoizi, salicilați, fenilbutazonă etc.) sau toxice, varice gastrice, diverticuli, enterite, polipi intestinali, lipodistrofia intestinală (boala Whipple), sindroame hemoragipare, leucemie, insuficiență renală acută sau cronică, colagenoze, teleangiectazia hemoragică ereditară (Rendu—Osler) etc.

Hemoragiile digestive apărute în timpul tratamentului anticoagulant sînt de regulă datorite unor leziuni organice preexistente (ulcer, cancer).

Conduita de urgență

În fața unei hemoragii digestive superioare, primul gest al medicului este de a așeza bolnavul în poziție Trendelenburg și de a contraindica orice efort fizic (efortul fizic poate accentua hemoragia sau poate agrava tabloul clinic).

Se vor lua primele măsuri de oprire a hemoragiei (repaus, punga cu gheață, transfuzie de sînge, hemostatice în afecțiunile



Scanned with OKEN Scanner

hepatice și în sindroamele hemoragipare), de substituire a masei sanguine și de combatere a șocului hipovolemic (perfuzii de substanțe cristaloide, Dextran, transfuzii de sînge).

Se va liniști bolnavul (la nevoie cu sedative) și aparținătorii, care vor fi informați asupra riscurilor hemoragiei și vor fi sfătuiți să accepte internarea într-un serviciu de specialitate.

Orice bolnav cu hemoragie digestivă superioară trebuie internat, indiferent de gravitatea momentană a tabloului clinic, pentru tratament și diagnostic. Internarea se va face cu urgență maximă în hemoragiile grave, de preferință într-un serviciu chirurgical; în formele ușoare, internarea poate fi temporizată cîteva ore.

Examinări de urgență

Hematocrit, numărul hematiilor; în stări de șoc: ionograma, azotemia, rezerva alcalină, diureza orară.

În interpretarea datelor de laborator trebuie să se țină seama de dinamica modificărilor fiziopatologice (hemoconcentrație, urmată de hemodiluție).

În hemoragiile ușoare se poate constata o ușoară anemie în faza de hemodiluție; hematocrit peste 35%.

În hemoragiile de gravitate medie, numărul hematiilor este sub 3 mil., hematocritul între 25—30%.

În hemoragiile digestive grave, numărul hematiilor este sub 2 mil., hematocritul sub 25%, hiperleucocitoză.

Alte examinări de urgență pot fi necesare pentru boala de bază (sindrom hemoragipar, insuficiență renală, insuficiență hepatică, leucemie etc.).

Tratament

Tratamentul conservator este indicat în toate cazurile de hemoragii ușoare și mijlocii și ca tratament inițial în hemoragiile grave. Este necesară supravegherea continuă a bolnavului și cooperarea medicului internist cu chirurgul pentru rezolvarea cazului.

Repausul la pat, în poziție Trendelenburg, în hemoragiile medii și grave; repausul la pat durează cel puțin trei zile după oprirea hemoragiei.

Alimentația: lichide reci, cu bucăți de gheață în prima zi, apoi ceai cu lapte, supe mucilaginoase.

Scanned with OKEN Scanner

Combaterea şocului hipovolemic (p. 14, vol. I) are ca obiectiv principal refacerea masei sanguine. Substanţele vasoactive de tip Norartrinal se administrează numai în situaţii excepţionale, ca o terapie de moment în cazurile grave, pentru a asigura perfuzia organelor vitale, pînă la instituirea mijloacelor de refacere a masei sanguine.

Transfuzia de sînge se indică în hemoragii medii sau severe (tahicardie peste 100 bătăi pe minut, tensiunea arterială sistolică sub 90 mmHg şi hematocrit sub 30%), în cantităţile necesare pentru a menţine tensiunea arterială sistolică între 90—100 mmHg; dacă cu o cantitate de peste 2000 ml sînge nu se reuşeşte corectarea pierderilor de sînge, se indică intervenţia chirurgicală (hemoragie severă prin erodarea unei artere). După obţinerea nivelului tensional de 90—100 mmHg, se încetineşte ritmul transfuziei, apoi sîngele poate fi înlocuit cu substanţe volemice (Dextran, Aminofuzin, Marisang, albumină umană, soluţii cristaloide).

Sedativele (fenobarbital, Diazepam etc.) se administrează pentru calmarea stării de agitaţie şi pentru favorizarea repausului la pat.

Aspiraţia gastrică se face pentru evacuarea sîngelui şi pentru aprecierea persistenţei hemoragiei; se pot efectua, în scop hemostatic, şi spălături cu apă de la gheaţă.

Evacuarea sîngelui din intestin, prin clisme, se recomandă în special în ciroza hepatică, pentru prevenirea encefalopatiei portale.

Oprirea hemoragiei. Se întrerupe administrarea medicamentelor care pot fi incriminate în declanşarea sau menţinerea hemoragiei (anticoagulante, glucocorticoizi, salicilaţi, fenilbutazonă, rezerpină etc.).

În ruptura varicelor esofagiene, hemostaza se poate realiza cu ajutorul unor sonde speciale, prevăzute cu balonaş compresiv (tip Sengstakes—Blakemore sau tip Linton).

În insuficienţa hepatică, în sindroamele hemoragipare, în boli de sistem, insuficienţă renală etc., medicaţia hemostatică va viza mecanismul implicat în producerea hemoragiei. Astfel, pot fi necesare: vitamina K (deficit de protrombină, accidente hemoragice după anticoagulante), corticoterapie (vasculopatii, trombocitopenii), transfuzii de sînge (trombocitopenii etc.). Ca hemostatice nespecifice se pot utiliza: Dicynon (1—2 fiole i.m. sau i.v., apoi 1 fiolă la 4—6 ore), Venostat (1—2 fiole pe zi, subcutanat sau i.v.).

Tratamentul bolii de bază. În boala ulceroasă se administrează medicaţia antiacidă. Anticolinergicele sînt contraindicate în hemoragiile medii şi grave, deoarece accentuează tulburările vasomo-

Scanned with OKEN Scanner

torii și, prin diminuarea tonusului vezical, favorizează retenția urinară.

În gastritele hemoragice se administrează pansamente gastrice, amestecate cu trombină uscată sterilă, instilații gastrice cu noradrenalină, infiltrația splanhnică bilaterală.

În ciroza hepatică, măsurile trebuie să vizeze prevenirea și tratamentul encefalopatiei portale: îndepărtarea sîngelui de la nivelul tubului digestiv și inhibarea florei proteolitice (aspirație gastrică, clisme evacuatorii, antibiotice), administrarea de substanțe amonio-fixatoare (Aspatofort, Rocmalin etc.). Combaterea hipertensiunii portale se poate face cu extract de hipofiză posterioară (25 U în 200 ml glucoză 5%, perfuzie timp de 30 minute).

Intervenția chirurgicală este indicată în:

- Hemoragii masive, severe, cu pierderi de peste 2000 ml sînge;
- Hemoragii severe în care, cu tot tratamentul medical corect aplicat, persistă tahicardia și hipotensiunea arterială;
- Hemoragiile care sînt compensate doar atîta timp cît sînt sub tratament (transfuzii, perfuzii), întreruperea tratamentului fiind rapid urmată de șocul hipovolemic;
- Hemoragiile digestive superioare recidivante;
- Hemoragiile din ulcerul peptic postoperator, ulcerul postbulbar și ulcerul gastric penetrant la persoane peste 45 ani;
- Hemoragii în ulcer gastroduodenal asociat cu o altă complicație: perforație, stenoză;
- Hemoragii în ulcer gastroduodenal după vîrsta de 45 ani;
- Tumori maligne și tumori benigne cu hemoragie digestivă superioară;
- Hemoragii digestive superioare apărute în cadrul unui abdomen acut (diverticulita Meckel, infarct intestinomezenteric, invaginație etc.).

STENOZA PILORICĂ

Elemente de diagnostic clinic

În urgență, stenoza pilorică poate avea ca simptom dominant durerile epigastrice sau vărsăturile. Durerile sînt continui, exacerbate postalimentar, însoțite de balonări postprandiale, eructații frecvente și zgomotoase, slăbire în greutate. Vărsăturile la început sînt rare, abundente, cu conținut alimentar (uneori fetide, cu alimente îngerate cu o zi înainte); bolnavul își provoacă adesea văr-

Scanned with OKEN Scanner

sătura pentru a-şi calma durerea. Pe măsură ce stenoza progresează, vărsăturile devin spontane, mai frecvente, putînd duce la deshidratare şi tulburări electrolitice.

Examenul obiectiv poate evidenţia bombarea regiunii epigastrice, unde peristaltice vizibile pe peretele abdominal (spontane sau provocate prin excitarea mecanică a regiunii), clapotaj pe nemîncate.

Diagnostic diferenţial: dureri abdominale şi vărsături de altă cauză.

Particularităţi clinice legate de substrat

Ulcerul gastric (cu localizare în vecinătatea pilorului) *şi duodenal* constituie cauza cea mai frecventă a stenozei pilorice. Stenoza organică (datorită procesului cicatricial-retractil sau cicatricial-proliferativ) poate fi precedată de insuficienţa evacuatorie funcţională (prin spasm, edem, infiltraţie). Ulcerul gastric se poate complica cu *stenoză mediogastrică,* cu simptomatologie similară cu a stenozei pilorice. Anamneza relevă, în antecedentele bolnavului, durerile epigastrice ritmate de alimentaţie şi periodice.

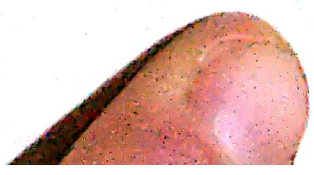
În *cancerul gastric,* complicat cu stenoză pilorică, vărsăturile pot avea conţinut sanguinolent (cu aspect de drojdie de cafea). Debutul relativ recent, vîrsta peste 40 ani, durerile nesistematizate, progresive, alterarea stării generale, slăbirea în greutate, orientează diagnosticul clinic.

Cauze mai rare: tumori benigne ale stomacului, compresiuni extrinseci, procese cicatriciale (postoperatorii, după gastrite corosive, după procese inflamatorii de vecinătate), anomalii congenitale.

Conduita de urgenţă

Stenoza pilorică reprezintă o stare de urgenţă şi necesită internare de urgenţă în situaţiile în care vărsăturile sînt abundente şi duc la tulburări hidroelectrolitice, stare de şoc, insuficienţă renală acută. Internarea poate fi impusă şi de intensitatea mare a durerilor, care pot să pună probleme dificile de diagnostic diferenţial.

Atunci cînd vărsăturile sînt rare şi durerile mai puţin intense, se pot administra antispasmodice, alcaline, pansamente gastrice,



Scanned with OKEN Scanner

iar explorările (mai ales examenul radiologic) se pot face ambulator și, în funcție de rezultatele acestora, se recomandă internarea în vederea intervenției chirurgicale.

Examinări de urgență

Ionograma, azot, rezerva alcalină, diureza.

Alcaloza cu *hipocloremie* și *hipokaliemie* apare datorită vărsăturilor. *Retenția azotată* este datorită deshidratării, cu nefropatie funcțională consecutivă.

Examenul radiologic rareori este necesar în urgență. În stenoza pilorică, stomacul apare dilatat, sub formă de farfurie, cu hipersecreție, peristaltism superficial, evacuare mult întîrziată (adesea peste 24 ore). Explorarea radiologică poate da informații și asupra bolii de bază (ulcer, cancer etc.).

Tratament

Alimentația, în formele avansate, cu vărsături, se face parenteral, timp de 2—3 zile. În continuare se administrează supe degresate cu paste făinoase, pireuri de legume, orez pasirat, griș cu lapte, compoturi de fructe puțin îndulcite, sucuri de legume și fructe, pîine albă prăjită, carne bine fiartă sau tocată, pește slab fiert, smîntînă proaspătă (după toleranță).

Corectarea tulburărilor hidroelectrolitice și ale echilibrului acidobazic (p. 60, vol. I) se face sub control biologic repetat.

Medicația vizează combaterea unei eventuale componente funcționale (spasm, edem), prin *antispasmodice* (atropină, papaverină, Scobutil, diverse preparate pe bază de belladonă etc.). În caz de ulcer peptic se asociază *antisecretorii* (atropină, Neopepulsan, Probantin), *alcaline* (carbonat de calciu, magnezia usta, eventual în amestec cu bicarbonatul de sodiu), *pansamente gastrice* (bismut subnitric, bismut carbonic), *sedative*.

Spălăturile gastrice, efectuate seara, se recomandă numai dacă nu sînt tulburări electrolitice importante.

Tratamentul chirurgical este indicat în toate cazurile de stenoză pilorică organică, după corectarea tulburărilor hidroelectrolitice și ale echilibrului acidobazic, momentul intervenției fiind stabilit și în funcție de starea generală a bolnavului.

Scanned with OKEN Scanner

URGENȚE RENOURETERALE

INSUFICIENȚA RENALĂ ACUTĂ

Elemente de diagnostic clinic

Semnul esențial al insuficienței renale acute (I.R.A.) este oligoanuria (scăderea diurezei sub 20 ml/oră). Există însă și cazuri la care diureza este păstrată, fiind însă deficitară din punct de vedere calitativ.

Simptomele care preced sau însoțesc scăderea cantității de urină aparțin bolii de bază sau condiției declanșante. Supravegherea diurezei în toate situațiile în care instalarea I.R.A. este posibilă constituie criteriul de bază al diagnosticului precoce.

Mai mult sau mai puțin rapid, paralel cu accentuarea perturbărilor biologice apar: tulburări digestive (grețuri, vărsături, meteorism, ileus dinamic), respiratorii (polipnee, respirație Cheyne—Stockes sau Kussmaul), neuropsihice (astenie, somnolență, agitație psihomotorie, stări confuzive, delir, comă), cardiovasculare (tulburări de ritm, pericardită, mai rar hipertensiune arterială), sindrom hemoragic cu variate localizări.

Diagnostic diferențial: retenție de urină, insuficiență renală cronică în faza de oligurie.

Particularități clinice legate de substrat

I.R.A. apare în variate condiții etiologice și prin mecanisme variate. Adesea, la același bolnav, factorii etiologici sînt multipli, iar același factor etiologic poate acționa prin mecanisme multiple.

Examenul clinic contribuie la stabilirea diagnosticului etiopatogenetic în cazurile în care se evidențiază:

- *Circumstanțele de apariție* (avort, traumatism, transfuzie de sînge incompatibil, arsuri, intervenții chirurgicale, infecții, intoxicații etc.);
- *Factorii patogenetici* (șoc, hemoliză acută, vărsături, diarei, insuficiență cardiacă etc.);

Scanned with OKEN Scanner

• *Tabloul clinic al nefropatiei sau uropatiei cauzale* (glomerulonefrită acută, pielonefrită acută, lupus eritematos diseminat, embolie renală, litiază renală, adenom de prostată etc.).

În cazurile în care examenul clinic nu evidențiază condițiile etiopatogenetice ale I.R.A. se pun în discuție: scăderi trecătoare ale tensiunii arteriale, hemoliză de scurtă durată care a retrocedat, infecții mascate de antibioterapie, hipersensibilitate la unele medicamente, intoxicații accidentale, nefropatii sau uropatii oligosimptomatice.

Stările patologice însoțite de tulburări hidroelectrolitice și/sau hemodinamice (vărsături abundente, diarei acute, diureză excesivă, transpirații profuze, scăderea tensiunii arteriale sub 60 mmHg mai mult de 30 minute, insuficiență cardiacă, ciroză hepatică) produc I.R.A. funcțională (nefropatie funcțională). În aceste condiții, în care lipsesc leziunile renale, cel puțin în faza incipientă, cantitatea de urină scade brusc, dar foarte rar se ajunge la anurie. Urina este de regulă închisă la culoare. Tulburările renale retrocedează prompt după îndepărtarea cauzei; dacă însă factorii etiologici acționează timp îndelungat, insuficiența renală poate deveni organică.

Stările de șoc (hemoragic, traumatic, obstetrical, hemolitic, infecțios etc.) produc insuficiență renală prin reducerea fluxului plasmatic renal, cu ischemie renală consecutivă. Leziunile tubulo-interstițiale, datorite ischemiei persistente, fac ca adesea I.R.A. să nu cedeze prompt după corectarea șocului.

Hemoliza acută intravasculară (transfuzii de sînge incompatibil, infecții, intoxicații, injecții accidentale de apă distilată etc.) și, în general, *destrucțiile tisulare extinse* (traumatisme, arsuri) pot provoca I.R.A. mai ales în asociere cu starea de șoc.

Infecții acute (septicemii cu microbi gramnegativi, în special septicemiile postabortum, leptospirozele, angiocolitele acute, hepatita acută etc.) se complică cu I.R.A. mai ales în prezența stării de șoc.

Intoxicațiile acute pot provoca I.R.A. prin diverse mecanisme: leziuni tubulare, hemoliză, precipitate intratubulare, nefropatii tubulointerstițiale toxicoalergice. I.R.A. se întîlnește în special în intoxicațiile cu metale grele (mercur, arsen, plumb, crom, bismut), solvenți organici (tetraclorura de carbon, toluen), etilenglicol, substanțe hemolitice (hidrogen arseniat, apiol, clorat de Na și K, ciuperci, veninuri etc.). I.R.A. poate apare după administrarea de medicamente în doze uzuale, datorită „hipersensibilității" individuale la drog (sulfamide, antibiotice, fenilbutazonă, acid EAC etc.), sau la supradozarea acestora (colistin, Dextran etc.).

Scanned with OKEN Scanner

Diverse afecțiuni renale, glomerulare, tubulare, interstițiale sau vasculare (glomerulonefrita acută, nefropatia din lupusul eritematos diseminat, pielonefrita acută gravă, embolia și tromboza arterei renale, tromboza venei renale etc.) se pot complica cu I.R.A.

Obstacolele pe căile urinare excretoare (litiaza ureterală, hematom sau tumoare compresivă, coagul de sînge în ureter, fibroza retroperitoneală etc.) pot declanșa anurie, mai ales atunci cînd obstrucția este bilaterală sau, în cele unilaterale, cînd rinichiul contralateral este lezat anterior. Se discută și intervenția unui mecanism reflex. În cazurile în care colica renală precede apariția anuriei, recunoașterea acestui tip de I.R.A., „postrenală", nu este dificilă. Uneori însă episodul anuric se instalează fără simptome revelatoare pentru boala de bază, de aceea această posibilitate trebuie avută întotdeauna în vedere atunci cînd cauza I.R.A. nu reiese evident din anamneză și tabloul clinic.

Complicații și perturbări asociate

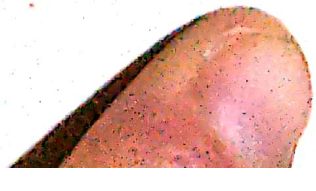
Hiperhidratarea globală, datorită aportului inadecvat de lichide, se manifestă prin cefalee, bradicardie, vărsături, dureri abdominale, crampe musculare, convulsii, somnolență, apatie, comă. Tegumentele sînt întinse, lucioase, bolnavii cresc în greutate; pot fi prezente edemele. În formele grave apare edemul pulmonar.

Infecțiile complică adesea evoluția I.R.A., constituind una din cauzele de deces. Bronhopneumonia este frecventă, apariția ei fiind favorizată de „plămînul umed", diminuarea reflexului de tuse, aspirația mucozităților și a conținutului vărsăturilor. Cateterismul vezical, necesar uneori, favorizează infecțiile urinare.

Coagularea intravasculară diseminată poate determina leziuni ulceronecrotice cutanate și viscerale, sindrom hemoragic.

Hemoragiile digestive superioare survin ca urmare a gastritei hemoragice sau a ulcerațiilor de la nivelul tubului digestiv.

Insuficiența hepatică este adesea prezentă în I.R.A. Afectarea concomitentă a ficatului și a rinichiului de către același agent etiologic (hepatonefrita acută) se întîlnește în infecții (leptospiroză, septicemii, viroze), intoxicații (metale grele, solvenți organici, insectofungicide), stări toxicoalergice (medicamente). I.R.A. poate surveni în obstrucții biliare (litiază, neoplasm) complicate cu angiocolită (sindrom hepatorenal, „angiocolită uremigenă").



Scanned with OKEN Scanner

Conduita de urgență

Primele măsuri de urgență, aplicate înainte de internare, se adresează în special bolii de bază sau cauzei declanșate (intoxicație, septicemie, șoc, tulburări hidroelectrolitice etc.).

Se vor combate simptomatic grețurile și vărsăturile, diareea, eventual convulsiile, starea de agitație etc.

În această primă etapă este deosebit de important să se evite unele greșeli terapeutice: administrarea de lichide abundente pentru a forța diureza, administrarea fără control a electroliților, furosemid înainte de refacerea volemiei, aplicarea de medicamente nefrotoxice sau vasoconstrictoare.

Spitalizarea este obligatorie în toate cazurile.

Examinări de urgență

Ureea sanguină și urinară, ionograma sanguină și urinară, pH, rezerva alcalină, examenul urinii, hematocrit, hematii, trombocite, fibrinogen, coagulogramă, teste funcționale hepatice, electrocardiogramă, radioscopia pulmonară, examinări pentru boala de bază.

Ureea crește cu 30—50 mg/24 ore; în formele hipercatabolice (distrugeri musculare masive, hematoame), creșterile sînt peste 60 mg/24 ore.

Potasiul este de regulă crescut; hiperpotasemia constituie un pericol imediat, dacă valorile depășesc 6 mEq/1. Hipopotasemia poate apare în I.R.A. secundară pierderilor electrolitice.

Sodiul este frecvent scăzut. Rareori se constată hipersodemie, datorită deshidratărilor masive sau greșelilor terapeutice.

Calciul este constant scăzut.

Clorul este în mod obișnuit scăzut. Scăderi pronunțate (sub 80 mEq/1) apar mai ales ca urmare a pierderilor digestive.

Magneziul, fosfații și *sulfații* sînt constant crescuți.

Acidoza metabolică este una din modificările biologice importante (alături de hiperazotemie și hiperpotasemie) care trebuie atent supravegheată.

Examenul urinii poate da informații asupra substratului I.R.A. Cantitatea de urină este de regulă scăzută sub 400 ml/24 ore; există însă și forme de I.R.A. în care cantitatea de urină depășește 1000 ml/24 ore.

În nefropatiile funcționale, diureza este moderat scăzută (rareori sub 500 ml/24 ore); densitatea urinii este de 1012—1014, iar concentrația ureei depășește 10 g/1.

Scanned with OKEN Scanner

În nefropatiile organice, densitatea urinii este apropiată de cea a plasmei sau mai mică, iar concentrația ureei este sub 10 g/l. Urina poate conține hematii, cilindrii, uneori hemoglobină, mioglobină sau substanțe toxice, în funcție de boala cauzală.

Anemia hipo- sau normocromă este frecventă, datorită bolii cauzale și sau hiporegenerării medulare.

Leucocitoza (10.000—20.000) poate fi prezentă și în lipsa infecției.

Trombocitele scăzute constituie un indiciu al procesului de coagulare intravasculară diseminată.

Alterarea testelor funcționale hepatice (creșterea transaminazelor, hiperbilirubinemie, scăderea pseudocolinesterazei serice) se întîlnește în peste jumătate din cazuri.

Electrocardiograma este utilă pentru depistarea repercusiunilor cardiace ale tulburărilor electrolitice, mai ales ale potasiului.

Radioscopia pulmonară poate pune în evidență modificări datorite edemului pulmonar, microtrombozelor vasculare din CID sau bronhopneumoniei.

Radioscopia abdominală simplă poate da informații asupra dimensiunilor rinichilor (importante pentru diagnosticul diferențial dintre I.R.A. și I.R.C.) și asupra prezenței unor calculi radioopaci.

Tușeul rectal, tușeul vaginal și *examinările urologice* (cistoscopie, sondaj ureteral) se efectuează în cazurile în care se suspectează obstacole pe căile urinare.

Alte examinări pot fi necesare pentru boala de bază (infecții, intoxicații, hemoliză etc.).

Tratament

Cantitatea de lichide administrată în 24 ore este în funcție de cantitatea de lichide pierdute (urină, vărsături, diaree, aspirații etc.), la care se adaugă 400—500 ml. La bolnavii febrili se mai adaugă, în medie, 100 ml pentru fiecare grad de temperatură. În condițiile unei balanțe hidrice corecte, bolnavul scade zilnic în greutate cu 150—200 g.

Alimentația trebuie să fie normocalorică și să conțină toate principiile alimentare. Regimul aproteic nu se mai indică. Rația de proteine este de 0,5 g/kilocorp la bolnavii nedializați și de 1 g/kilocorp la cei dializați. Alimentația parenterală, adesea necesară din cauza vărsăturilor, se va face cu glucoză (concentrația acesteia depinde de cantitatea de lichide ce se poate administra), asociată cu insulină (1 U la 2—3 g glucoză), hidrolizate de proteine (Aminomel, Amino-

Scanned with OKEN Scanner

fuzin etc. — conţin 12—15% azot), emulsii lipidice perfuzabile (Intralipid- Vitrum, Lipofundin, Lipiphisan).

Corectarea tulburărilor electrolitice şi ale echilibrului acidobazic vizează în special hiperkaliemia şi acidoza metabolică.

• *Hiperkaliemia* se combate cu glucoză hipertonă + insulină (1 U la 2—3 g sau chiar la 1 g glucoză), administrate rapid, calciu gluconic 10% (50—100 ml în 15 minute) sau bicarbonat de sodiu 2—3%, 10—50 ml (atenţie la Na!). Se pot utiliza rezine schimbătoare de ioni (Kayexalat 30—60 g). Valorile potasiului de peste 6,5 mEq/l constituie indicaţie de hemodializă.

Scăderea uşoară a sodemiei şi a clorurilor nu necesită corectare. De asemenea, hipokaliemia uşoară şi moderată nu va fi combătută la bolnavi cu acidoză metabolică şi cu diureză sub 500 ml/24 ore. Hipocalcemia (sub 4 mEq/l) se corectează cu calciu gluconic 10%, 10—20 ml i.v.

• *Acidoza metabolică* se combate atunci cînd pH-ul scade sub 7,3, iar bicarbonatul standard sub 16 mEq/1. Se administrează bicarbonat de sodiu 14‰ sau 5% (în funcţie de cantitatea de lichide ce se poate da), sub controlul atent al pH-ului sanguin pentru a evita supradozarea; ritmul administrării nu trebuie să depăşească 50 mEq bicarbonat (4 g) la oră. Soluţia de THAM corectează şi acidoza intracelulară, dar trebuie evitat în hiperkaliemie şi insuficienţa respiratorie; poate favoriza edemul pulmonar.

Diureticele pot fi eficiente numai în faza incipientă a I.R.A. (24—48 ore). Se administrează numai după corectarea volemiei.

• *Manitol:* se injectează, iniţial, 60—80 ml din sol. 20%, timp de 10 minute; dacă diureza creşte peste 40 ml/oră se consideră că nu este vorba de leziuni organice şi se continuă tratamentul cu manitol 10—20%, în perfuzie lentă, pînă la doza totală de 30 g/24 ore, timp de maximum două zile.

• *Furosemid:* 150 mg i.v., din 3 în 3 ore, timp de 12 ore.

În caz de eficienţă a diureticelor se face echilibrare hidroelectrolitică corespunzătoare.

Tratamentul bolii de bază (şoc, infecţii, hemoliză acută, intoxicaţii, uropatii etc.) şi a diverselor visceropatii asociate (hepatită, pancreatită, insuficienţă cardiacă etc.) se face concomitent cu tratamentul patogenetic al insuficienţei renale acute, ţinînd însă seama de contraindicaţiile sau precauţiunile necesare în administrarea unor medicamente (corticoterapie, digitalice, antibiotice, atropină etc.).

Tratamentul infecţiilor (cauzale sau supraadăugate) se face cu antibiotice. Se vor evita antibioticele nefrotoxice, iar posologia lor va fi adaptată capacităţii de eliminare a rinichiului. Se pot admi-

Scanned with OKEN Scanner

nistra: penicilină G, ampicilină, meticilină, oxacilină, cloxacilină; dozajul acestora trebuie moderat redus. Posologia la cloramfenicol, eritromicină, vibramicină este cea obișnuită. Gentamicina, kanamicina, streptomicina, colistina, tetraciclina, amfotericina B, antibiotice cu eliminare exclusiv renală (cu excepția tetraciclinei), la care dozele terapeutice sînt foarte apropiate de dozele toxice, necesită reducerea importantă a dozelor.

Combaterea coagulării intravasculare diseminate se face cu heparină (50—100 mg la 6 ore, 200—400 mg/24 ore) sub control de laborator.

Tratamentul simptomatic se adresează grețurilor și vărsăturilor (Torecan, Primperan), stării de agitație (Diazepam, Hidroxizin, cloralhidrat în clismă), convulsiilor (Diazepam), anemiei (transfuzii de sînge integral sau masă eritrocitară).

Hemodializa se indică în:

- Manifestări clinice grave (vărsături abundente, convulsii, tulburări respiratorii secundare acidozei, hiperhidratare, tulburări neuropsihice, ileus electrolitic);
- Azotemie peste 200 mg%;
- Kaliemie peste 6,5 mEq/l;
- pH sub 7,25 sau rezerva alcalină sub 15 mEq/l.

Dializa peritoneală are indicații similare; este contraindicată în traumatisme și procese inflamatorii intraabdominale, hemoragii digestive, sarcină etc.

Tratamentul în etapa poliurică, care urmează etapa de oligoanurie în caz de evoluție favorabilă, vizează tulburările hidroelectrolitice (pierderile de lichide, deficitul de sodiu și de potasiu) și infecția urinară, complicație frecventă în această fază.

COLICA RENALĂ

Elemente de diagnostic clinic

Durerea domină tabloul clinic. Uneori începe brusc, alteori colica este precedată de vagi simptome premonitorii: tensiune lombară, presiune anală, tenesme, arsură penianã, dureri și tumefacție testiculară.

Accesul dureros poate apare spontan, „din senin", dar mai adesea este declanșat de eforturi fizice, trepidații, cure de ape minerale, băi reci, abuz de cafea, cacao, ciocolată, spanac, măcriș, viscere.

Scanned with OKEN Scanner

Sediul durerii este lombar, unilateral, la nivelul unghiului costovertebral. Alteori durerea este localizată exclusiv în flancul, regiunea perineală sau fosa iliacă respectivă.

Iradierea durerii este caracteristică: de-a lungul ureterului către organele genitale externe, spre vezica urinară (cistalgie, nevoia imperioasă de micțiune), spre perineu și rect (tenesme) sau spre coapsă, pe traiectul nervului femurocutanat sau sciatic (parestezii, contractura mușchilor coapsei).

Durerea este intensă și profundă. Are caracter de ruptură, torsiune sau arsură. Este continuă, cu exacerbări, în cursul cărora durerea este expulsivă, lancinantă, atroce. Se intensifică la atingerea lombei, tuse, strănut, mișcări.

În momentele de exacerbare ale durerii, bolnavul este agitat, geme, se îndoaie și se rotește în pat, încercînd să găsească o poziție de alinare.

Colica renală se însoțește frecvent de polachiurie și cistalgie.

Alte simptome asociate deseori sînt cele digestive: greață, vărsături alimentare și bilioase, eructații, meteorism și silențiu abdominal; oprirea scaunului și gazelor (ileus dinamic) nu este rară.

Bolnavul este palid, anxios, transpirat, cu extremitățile reci. Pulsul este mai des tahicardic, rareori bradicardic. După o perioadă scurtă de creștere a tensiunii arteriale, apare hipotensiune moderată. În formele grave, prelungite, pot apare lipotimii, sincope, stare de șoc, convulsii (la copii) sau delir (la adult). Poate apare febră moderată (37,8°—38,5°C) și de scurtă durată (3—6 ore).

La examenul local se constată exacerbarea durerii la percuția regiunii lombare cu marginea cubitală a mîinii (semnul Giordano—Pasterniţki). Palparea provoacă durere vie în punctele ureterale: superior (paraombilical), mijlociu (prececal) sau inferior (la tușeul rectal sau vaginal).

Durata colicii este variabilă, de la cîteva minute pînă la mai multe ore, de regulă 2—6 ore. Cedează uneori brusc, odată cu expulzarea calculului în vezică.

Accesele dureroase prelungite și repetate la intervale scurte de timp (colici subintrante) apar în caz de înclavare a calculului în ureter.

Diagnosticul diferențial este necesar în formele atipice de colică (durere cu sediu sau iradieri neobișnuite, fenomene digestive accentuate, colici subintrante). Se face cu: afecțiuni parietoabdominale, musculare sau nervoase (lumbago, sciatalgii, nevralgii abdominogenitale), alte colici (biliară, saturnină, salpingiană, intestinală), ileusul mecanic, apendicită acută, hernia strangulată. În colicile

Scanned with OKEN Scanner

subintrante se vor lua în discuție: sarcina extrauterină, ulcerul perforat, infarctul intestino-mezenteric, pancreatita acută. Colicile renale fruste mai trebuie diferențiate de: sigmoidite, miozite, viroze cu lombalgii și rahialgii, spondilită, zona zoster, artrită sacroiliacă.

Particularități clinice legate de substrat

Litiaza renală constituie afecțiunea cauzatoare a colicii în marea majoritate a cazurilor. Colica este adesea accidentul revelator al litiazei, fiind determinată de migrarea sau înclavarea unui calcul în ureter, realizînd obliterarea mecanică și/sau contractura spastică a acestuia.

Inflamațiile urogenitale (cistopielită, pielonefrită, pionefroză, tuberculoză, abces renal, anexită, spermatocistită) determină rar colici renale prin inflamație ureterală, obliterări ureterale prin mucus și puroi („calculi moi"), iritația plexului renal. În aceste cazuri, colica survine pe un fond dureros continuu, la bolnavi cu antecedente cunoscute și se însoțește de sindrom infecțios și semne locale concludente pentru diagnostic.

Tumorile renale și cele ale organelor din vecinătate (uter, colon, rect) cauzează foarte rar colici renale prin cheaguri de sînge, infiltrație sau compresiune ureterală extrinsecă și spasm asociat.

Rareori colicile apar la bolnavi cu sindrom hemoragipar, la bolnavi cu sindrom mieloproliferativ, tratați cu substanțe citostatice-citolitice.

Complicații și perturbări asociate

Ileusul dinamic, prin frecvența sa, poate fi considerat un semn al bolii.

Anuria se poate produce prin ocluzia mecanică bilaterală a ureterelor sau ocluzia unilaterală și rinichi contralateral afectat în prealabil. Secreția urinară a rinichiului opus se inhibă sau se suprimă prin reflex inhibitor reno-renal. Anuria durează, de regulă, cît colica. Dacă durează mai mult de 3—5 zile, se suspectează ocluzia mecanică ureterală.

Alte complicații sînt mai rare și depind de natura nefropatiei și starea funcțională a rinichiului: *hidronefroză, pionefroză, hematurie macroscopică, ruptură de ureter sau bazinet, abces paranefritic, septicemie, uremie acută sau cronică.*

Scanned with OKEN Scanner

Şocul poate apare în colicile renale subintrante.

Retenţia azotată şi tulburările consecutive ale echilibrului electrolitic (hiperkaliemie, hipocalcemie) şi *acidoza* pot determina sau favoriza, la cardiaci, *aritmiile şi edemul pulmonar acut.*

Conduita de urgenţă

Colica renală se poate trata ambulator. Primul gest terapeutic constă în calmarea durerii. Dacă s-a exclus eventualitatea abdomenului acut, se fac: aplicaţii locale de căldură, băi calde, injecţii i.v. lente cu procaină 1% 10—20 ml, atropină 0,25 mg şi papaverină 0,04 g. Dacă durerea nu cedează în 15—20 minute, se injectează i.v. Scobutil compus sau se face infiltraţie paravertebrală cu procaină sau xilină 1%, 20—30 ml.

Colicile rebele la tratament necesită administrarea de opiacee: Mialgin, Dilauden-scopolamină, morfină.

Internarea de urgenţă este indicată în colicile subintrante sau prelungite, care nu reacţionează la tratamentul instituit sau în cazurile care necesită investigaţii şi intervenţii de specialitate.

Examinări de urgenţă

Examen complet de urină, radiografie renală „pe gol". În cazurile severe, cu oligoanurie, mai sînt necesare determinări ale ureei, ionogramei serice şi rezervei alcaline. Alte examinări utile pentru diagnostic diferenţial: leucocitoza, amilazemia, transaminazele serice, glicemia, bilirubinemia.

În urina eliminată în cursul accesului se constată hematurie macroscopică sau microscopică, săruri (oxalaţi, uraţi, fosfaţi) şi, uneori, leucociturie şi piurie. În colectorul urinar poate apare gravela, calculul sau cheagul.

Examenul radiografic „pe gol" poate evidenţia calculul dacă acesta este radioopac (împregnat cu săruri de calciu). Calculii uratici şi fosfatici sînt, deseori, radiotransparenţi.

După calmarea durerii se fac explorări în scopul diagnosticului etiologic.

Pielografie ascendentă se face în servicii de specialitate, în cazul colicilor subintrante, în formele care evoluează cu oligoanurie prelungită şi azotemie, în care se pune problema intervenţiei chirurgicale.

Scanned with OKEN Scanner

Pielografia descendentă nu este indicată decît după 5—7 zile de tratament antispastic, în caz contrar fiind, deseori, fals negativă. Examinarea poate depista: litiaza renală, hidronefroza, malformații renoureterale, sindromul de joncțiune pieloureterală, tumori renale.

Cistoscopia se recomandă în formele de colici prelungite cu presupus blocaj renal unilateral. Aceasta arată eliminarea întîrziată și redusă a urinii prin orificiul ureteral respectiv, eventual urini sanguinolente sau tulburi-purulente.

Tratament

Tratamentul antialgic și spasmolitic este pe prim plan.

• În colicile cu dureri moderate și fenomene generale reduse se indică aplicații locale de căldură (termofor) pînă la producerea eritemului, băi calde (37—38°C), injecții i.v. de procaină 1%, 10—20 ml, atropină 0,25 mg, papaverină 0,04 g. În caz de hipotensiune arterială se evită injectarea i.v. a acestor medicamente care pot favoriza, prin vasodilatație puternică, instalarea colapsului.

Aplicațiile locale de kelen au efecte antalgice tranzitorii. Fenobarbitalul și Romerganul potențează efectele procainei și atropinei. Se recomandă asocierea unor doze mari de Renogal, Cystenal sau Uralyt (20 picături la 6 ore interval). Ceaiurile diuretice și apele minerale, în cantitate de 2000—3000 ml/24 ore, favorizează diureza și eliminarea consecutivă a calculului.

• În colicile violente și prelungite, care nu cedează la măsurile de mai sus, se utilizează, în ordinea eficienței: Scobutil compus, 1 fiolă injectată i.m. sau i.v. la 1—2 ore interval; Baralgin inj. i.m.; Mialgin și atropină, în injecții subcutane; infiltrație lombară, paravertebrală, cu procaină sau xilină 1%, 20—30 ml; combinații litice (antialgice și spasmolitice): fenobarbital, Romergan, Clordelazin, atropină.

În cazuri cu dureri șocogene se indică perfuzie i.v. lentă (în ritm de 18 pic./min.) cu procaină 1% (40—60 ml), atropină 0,25—0,50 mg; papaverină 0,04—0,08 g și Mialgin 1 fiolă. Este necesar controlul ritmului cardiac și respirator, în cursul perfuziei, deoarece se poate produce stop cardiorespirator. Sînt necesare condiții de resuscitare cardiacă și respiratorie.

Morfina și succedaneele sale se utilizează în extremis deoarece calmează durerea prin acțiune centrală, dar accentuează spasmul ureteral. Asocierea cu atropina sau scopolamina corectează parțial acest efect.

Scanned with OKEN Scanner

• În cazurile de colici renale prelungite, rezistente la tratament, se indică, pe lîngă tratamentul de mai sus, cateterism ureteral pentru mobilizarea și eliminarea calculului.

În caz de oligoanurie prelungită, cu azotemie, rinichi mărit dureros, ileus persistent sau complicații septice, dacă cateterismul ureteral nu a dat rezultate, se indică lombotomia în vederea ureterotomiei, pielotomiei, nefrostomiei sau nefrectomiei.

• Tratamentul complicațiilor. În raport cu natura complicației se indică antibiotice cu spectru larg (Solvocilin, Gentamycin) în septicemii, analeptice pentru combaterea stării de șoc, cardiotonice în insuficiența cardiacă, reechilibrare hidroelectrolitică și acidobazică în insuficiența renală, soluții hipertone și Miostin în ileusul paralitic.

RETENȚIA ACUTĂ DE URINĂ

Elemente de diagnostic clinic

Diagnosticul retenției acute de urină se bazează pe: senzația imperioasă de micțiune și imposibilitatea de a urina, durere vie hipogastrică, facies palid, transpirat, tras, tumoare ovală, elastică, sub tensiune, cu localizare hipogastrică, de mărime variabilă, palpabilă prin metoda bimanuală — globul vezical.

Condiții de apariție. Retenția acută de urină este consecința unor obstacole mecanice ureterale sau vezicale sau se produce prin disinergie între tonusul mușchilor vezicii și cel al sfincterului vezical.

Obstacolele mecanice ureterale pot fi date de: stricturi, corpi străini, ruptură de uretră, prostatite acute și cronice, hipertrofie și tumori de prostată, calculi inclavați în uretră, prolaps genital avansat, tumori pelviene sau perineale. Tumorile vezicii, diseczia de col vezical și corpii străini intravezicali sînt cele mai frecvente obstacole vezicale.

Disinergiile vezicosfincteriene sînt consecința unor leziuni encefalomedulare și/sau a unor reflexe cu punct de plecare abdominal, pelvian sau perineal.

Dintre afecțiunile encefalomedulare care evoluează cu retenție acută de urină menționăm: traumatisme cu compresiuni sau sec-

Scanned with OKEN Scanner

țiuni ale măduvei spinării, mielite, poliradiculonevrite, meningoencefalite, tumori medulare și cerebrale, accidente vasculare cerebrale, come de diverse origini.

Retenții acute reflexe mai pot apare în caz de spina bifidă, pelviperitonite, după rahianestezie și după intervenții chirurgicale abdominopelviene sau perineale.

Diagnosticul diferențial se face cu anuria, împrejurare în care lipsește globul vezical și nu se obține urină la sondajul vezicii.

Complicații

Ruptura vezicii urinare (prin explozie) este o complicație gravă dar foarte rară. Apare în distensia exagerată a vezicii prin glob vezical constituit rapid.

Infecția urinară, pielonefrita ascendentă și septicemia pot constitui urmările unei retenții prelungite de urină și a unor repetate cateterizări ureterale traumatizante și septice.

Uremia poate fi declanșată prin creșterea presiunii hidrostatice retrograde cu scăderea consecutivă a filtrării renale și/sau pielonefrită interstițială.

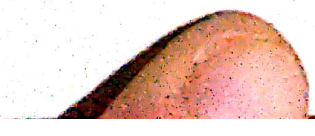
Hemoragiile vezicale „ex vacuo" se produc prin ruptura vaselor sau prin alterarea tonusului și permeabilității lor. Apar în cazul evacuării bruște a vezicii în retențiile mari și prelungite de urină, la vîrstnici și hipertensivi cu leziuni de arterioscleroză.

Conduita de urgență

Sondajul vezical, prin cateterism uretral, este primul act terapeutic necesar. Acesta face totodată diferențierea între retenția de urină și anurie. Oferă informații cu privire la existența, sediul și natura unor eventuale obstacole uretrale sau vezicale.

Un sondaj corect trebuie să fie netraumatizant, aseptic și să nu evacueze brusc tot conținutul vezicii urinare.

Pentru stabilirea diagnosticului etiopatogenetic și restabilirea micțiunii spontane, după evacuarea vezicii bolnavul va fi îndrumat spre un serviciu de specialitate. Se recomandă internarea în servicii de urologie sau chirurgie în cazul în care retenția de urină pare să fie consecința unor cauze locale sau în servicii pro-



Scanned with OKEN Scanner

filate în situația în care aceasta este un epifenomen al unei boli generale (boli infecțioase, neurologie, neurochirurgie, ortopedie).

Transportul bolnavului se face după fixarea unei sonde vezicale „à demeure".

Tratament

Evacuarea vezicii urinare se face prin sondaj (cateterism uretral) sau puncție vezicală.

Cateterismul uretral se face cu sondă metalică la femei, sondă Nélaton la bărbați fără obstacole uretrale, sondă Thiemann la prostatici și cu sonde subțiri semirigide, cu diametru din ce în ce mai mare, în caz de stricturi uretrale.

Puncția suprapubiană evacuatoare este indicată în situația în care cateterismul uretral este imposibil (ruptură de uretră, stricturi uretrale etc.). Este de competența specialistului urolog sau chirurg. După prealabilă anestezie locală, se punctionează globul vezical cu un ac de 10 cm lungime și 2 mm diametru, introdus în vezică perpendicular, imediat deasupra pubisului.

Pentru restabilirea micțiunii spontane se recomandă:

- În caz de spasm sfincterian: comprese sau termofor cald hipogastric, inj. i.v. de clorură de calciu 10% și/sau procaină 1%, 10—20 ml, papaverină în injecții s.c. sau i.v., 1 fiolă a 0,04 g la 3—4 ore interval. Dacă nu se obține efectul scontat, se indică infiltrații lombosacrate cu xilină 1%;
- În caz de pareză vezicală se administrează substanțe parasimpaticotone (sulfat de pilocarpină 1 ml din sol. 1% sau Miostin 1—2 fiole, inj. s.c., urmate de cure prelungite de inj. s.c. cu stricnină, ser neurotonic, vitamină B_1 și fizioterapie.

Sulfamidele sau antibioticele sînt necesare pentru prevenirea infecțiilor urinare, în retențiile acute prelungite, cu sonde vezicale „à dèmeure" și în retențiile acute repetate. Se administrează: Sulfametin 2×1 tabl., Neoxazol 4—6 tabl., Negram 4 tabl. și/sau streptomicină, 1 g/24 ore. Dacă apare totuși infecția urinară, aceasta se tratează în raport cu indicațiile antibiogramei.

Intravezical se instilează glicerină neutră boraxată 3%.

Tratamentul etiopatogenetic al afecțiunii cauzale se face în servicii de specialitate: dilatarea stricturilor, uretroplastie, prostatectomie, ablația colului vezical (în disectazia de col), secțiunea nervilor hipogastrici (în disinergiile vezicosfincteriene, apărute în cadrul sindromului simpatic pelvin), tratamentul afecțiunii nervoase sau vertebrale.

Scanned with OKEN Scanner

HIDRONEFROZA INTERMITENTĂ

Elemente de diagnostic clinic

Durerea este elementul principal de diagnostic. Are sediu lombar sau abdominal superior, iradieri reduse regionale, caracter de distensie şi intensitate mare sau moderată. Apare spontan sau după zdruncinături, mişcări bruşte, eforturi fizice.

Se asociază uneori polachiurie, greţuri şi vărsături.

Bolnavul preferă imobilizarea în decubit lateral, cu coapsele flectate.

La examenul local se palpează o formaţiune rotundă, elastică, regulată, localizată în hipocondrul şi flancul respectiv. Tumoarea este uşor sensibilă la palpare şi imobilă cu respiraţia.

Diureza variază de la o zi la alta, în sens invers cu mărimea tumorii şi intensitatea durerii — element preţios de diagnostic.

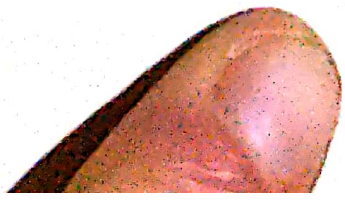
Sfîrşitul suferinţei este brusc, fiind marcat de o descărcare poliurică, prin deblocarea ureterală.

Diagnosticul se bazează pe asocierea durerii lomboabdominale de tip distensiv cu o tumoare renală elastică, de volum variabil şi oscilaţii ale diurezei în sens invers cu durerea şi mărimea tumorii.

Condiţii de apariţie. Hidronefroza intermitentă este un sindrom determinat de distensia bruscă a bazinetului prin spasm al ureterului sau al joncţiunii pieloureterale, la un bolnav cu o uropatie organică incomplet obstructivă: cudură ureterală prin ptoză renală şi/sau dolicoureter, rinichi mobil, litiază renală, tuberculoză renală, stenoză ureterală extrinsecă prin bridă sau tumoare.

Deseori hidronefroza intermitentă este consecinţa sindromului de joncţiune pieloureterală.

Diagnosticul diferenţial se face cu colica renală din litiază şi alte afecţiuni renale care evoluează cu rinichi mare şi uneori cu hidronefroză: abces, tuberculoză, tumoare renală, tumori extrarenale cu comprimare ureterală extrinsecă (cancer de colon, tumori retroperitoneale). Durerea persistentă poate impune necesitatea diferenţierii hidronefrozei intermitente de unele afecţiuni vertebrale sau neuromusculare regionale (lumbago, nevralgie abdominogenitală etc.).



Scanned with OKEN Scanner

Complicaţii

Pionefroza şi septicemia apar în cazul unor uropatii obstructive în care hidronefroza intermitentă survine pe fondul unei staze urinare pielocaliciale permanente. Sînt favorizate de factori de teren (vîrstă înaintată, diabet zaharat).

Uremia este urmarea insuficienţei renale cronice agravată prin alterarea bruscă a funcţiei rinichiului hidronefrotic sau pionefrotic.

Conduita de urgenţă

Se aplică tratament spasmolitic şi antialgic similar cu cel indicat în colica renală: căldură locală (compresă, termofor), procaină sau xilină sol. 1% inj. i.v., 10—20 ml, asociată cu atropină 0,25 mg şi/sau papaverină 0,04 g sau Scobutil compus, una fiolă inj. i.v. În caz de nereuşită, se indică infiltraţie paravertebrală cu procaină sau xilină sol. 1%.

Pentru prevenirea pionefrozei şi septicemiei este recomandată asocierea antibioticelor: penicilină 2 milioane U şi streptomicină 1 g/24 ore.

În cele mai multe cazuri durerea cedează, hidronefroza diminuă sau dispare şi nu este necesară internarea de urgenţă.

Bolnavul trebuie totuşi spitalizat pentru investigaţii complementare menite să elucideze afecţiunea renoureterală care determină hidronefroza intermitentă şi pentru tratament etiopatogenetic.

Examinări de urgenţă

Examenul urinii este indispensabil. Obişnuit, se găseşte leucociturie, piurie, hematurie şi/sau cilindrurie, în raport cu afecţiunea renoureterală, care determină hidronefroza.

Determinarea leucocitozei şi azotemiei oferă indicii asupra unor eventuale complicaţii.

Urografia, pielografia ascendentă, cistoscopia, urocultura şi probele funcţionale renale sînt necesare adesea pentru precizarea diagnosticului etiopatogenetic şi funcţional al nefropatiei. De regulă, aceste explorări se fac după dispariţia colicii. În cazurile cu hidronefroză prelungită, complicată, devin necesare explorări complete, de urgenţă, în scopul orientării tratamentului chirurgical.

Scanned with OKEN Scanner

Tratament

Combaterea durerii și a spasmului pielo-ureteral se face cu termofor, Algocalmin, atropină, papaverină, Scobutil, procaină sau xilină în inj. i.m., i.v. sau infiltrații lombare. Nu sînt de obicei necesare opiaceele.

Prevenirea suprainfecției locale și a septicemiei se face cu antibiotice uzuale. În caz de hidronefroză prelungită sau cu repetate pusee, tratamentul antibiotic poate fi orientat după antibiogramă.

Intervențiile urologice de deblocare (cateterism ureteral, ureterotomie, nefrotomie) sînt necesare în condițiile unor hidronefroze persistente sau recidivante survenite la bolnavi cu uropatii obstructive organice.

Tratamentul etiopatogenetic al bolii de bază este totdeauna necesar: nefropexie, chimioterapice tuberculostatice, nefrectomie etc.

ABCESUL PERIRENAL (PARARENAL, PERINEFRETIC)

Diagnostic

Diagnosticul este dificil și se face deseori cu întîrziere.

Abcesul renal este bine să fie luat în discuție în toate stările septice de origine neprecizată, acesta fiind consecința unei bacteriemii (furuncul, panarițiu, flegmon) sau septicopiemii.

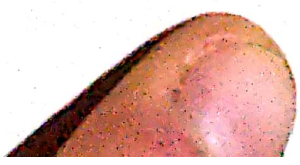
Antecedentele infecțioase și contextul clinic de tip septic (febră intermitentă, frisoane, alterarea stării generale, leucocitoză cu polinucleoză) sugerează posibilitatea abcesului perirenal.

Elementele clinice de diagnostic sînt: durerea lombară difuză, profundă, cu exacerbări la tuse și mișcări bruște, sensibilitate vie la percuția regiunii lombare, uneori contractură paravertebrală și scolioză cu convexitate homolaterală. Pleurezia homolaterală cu exsudat serofibrinos nu este rară. Împăstarea, edemul local și empiemul de necesitate apar tîrziu în evoluția bolii.

Leucocituria, piuria și bacteriuria sînt inconstante, intermitente.

Radiologic se poate constata: ștergerea limitelor umbrei psoasului, tulburări în dinamica diafragmului, scolioză.

Elementul sigur de diagnostic îl constituie extragerea de puroi prin puncție paravertebrală profundă. În cazul în care puncția



Scanned with OKEN Scanner

este „albă“ și prezumpția clinică de abces perirenal rămîne, se vor puncta mai multe zone și se vor face repetate puncții la cîteva zile interval.

Tratament

Lombotomia, urmată de drenaj, este măsura terapeutică necesară și adesea suficientă pentru vindecare.

Pentru prevenirea diseminării infecției, pre- și postoperator sînt recomandate antibiotice (penicilină și streptomicină). Cînd există examinări bacteriologice, tratamentul antibiotic va fi orientat după indicațiile antibiogramei.

ABCESUL RENAL

Constituie urgență medicală, cu deosebire formele acute și supraacute.

Diagnostic

Antecedentele de stare septică, cistopielită, pielonefrită sau hidronefroză sugerează — într-un context septicopiemic — abcesul renal.

Elementele principale de diagnostic sînt febra intermitentă, cu frisoane; durerea lombară profundă, vie, lancinantă; rinichi mare, dureros la palpare; piurie sau leucociturie permanentă sau intermitentă; leucocitoză cu neutrofilie.

Radiologic se constată opacitate renală cu contur șters, eventual rinichi urografic „mut“.

Tratamentul

Este chirurgical și constă în pielonefrostomie cu drenaj sau nefrectomie (în caz de pionefroză).

În perioada preoperatorie se recomandă: antibiotice, antialgice, eventuală echilibrare hidroelectrolitică și acidobazică (deshidratări mari, azotemie și acidoză).

Scanned with OKEN Scanner

HEMATOMUL PERIRENAL

Diagnostic

Elementul clinic sugestiv pentru diagnostic este asocierea durerii lombare acute, rapid progresive, cu semne de hemoragie internă (sete, paloare, tahicardie, hipotensiune arterială, transpiraţii, răcirea şi marmorarea extremităţilor, stare de şoc hipovolemic).

Local se constată: împăstarea regiunii lombare, tumefacţie elastică, echimoze, crepitaţii.

Puncţia paravertebrală confirmă diagnosticul.

Într-o etapă ulterioară sînt necesare explorări renale şi hematologice pentru precizarea originii hematomului.

Hematomul perirenal traumatic este uşor de diagnosticat pe baza circumstanţelor de apariţie şi a semnelor locale (durere, împăstare, tumefacţie). Se poate însoţi de hematurie macroscopică.

Hematomul netraumatic poate fi consecinţa unei nefropatii (cancer, rinichi polichistic, nefrită acută sau cronică, tuberculoză, hidronefroză), a unei diateze hemoragipare primitive sau secundare (hemofilie, afecţiuni hepatice, boli de sistem) sau a unei infecţii generale vasculotrope (scarlatină, tifos exantematic, sindrom Waterhouse—Friderichsen ş.a.).

Tratamentul

Constă din antialgice, hemostatice, inclusiv transfuzie de sînge.

Intervenţia chirurgicală (lombotomie cu hemostază locală şi drenaj) se face numai în cazurile în care tratamentul conservativ nu dă rezultate.

Terapia etiopatogenetică este totdeauna necesară, avînd şi valoare profilactică.

Scanned with OKEN Scanner

URGENȚE HEMATOLOGICE

SINDROAMELE HEMORAGICE

Starea de urgență în sindroamele hemoragice poate fi determinată de gravitatea hemoragiei (cantitatea de sînge pierdut și rapiditatea pierderii), de tulburările produse de hemoragie în diverse organe (hemoragie cerebrală, hemopericard etc.) sau de boala cauzală (septicemie, insuficiență renală, stare de șoc, insuficiență hepatică etc.).

Diagnosticul de sindrom hemoragic este, de cele mai multe ori, impus de tabloul clinic dominat de hemoragii cu variate localizări: peteșii, echimoze, epistaxis, hemoptizie, hematemeză, melenă, hematoame intramusculare, hemoragii în articulații sau în diverse organe și/sau cavități. Alteori însă, manifestările limitate la un anumit teritoriu (hemoragie digestivă superioară, metroragie, hematurie etc.) fac mai dificilă recunoașterea de la început a sindromului hemoragic.

La primul contact cu bolnavul, medicul trebuie să observe și să examineze rapid bolnavul pentru a recunoaște stările de maximă urgență: șocul hemoragic, hemoragiile în organele vitale sau fenomenele compresive produse de hematoame asupra vaselor, căilor respiratorii sau organelor.

Gravitatea tabloului clinic nu trebuie apreciată numai după starea momentană a bolnavului, ci și după ritmul hemoragiei și după substratul etiopatogenetic al acesteia de care depinde în mare măsură evoluția ulterioară.

Diagnosticul etiopatogenetic al sindromului hemoragic trebuie orientat spre următoarele grupuri de afecțiuni:

- *Sindroame hemoragice prin vasopatii* (congenitale, infecțioase, alergice, toxice, disproteinemice etc.);
- *Sindroame hemoragice de origine trombocitară* (trombocitopenii idiopatice sau simptomatice, anomalii funcționale ale trombocitelor);
- *Sindroame hemoragice prin deficiența factorilor coagulării* (hemofilia, hipoprotrombinemiile, a- și hipofibrinogenemiile etc.);

Scanned with OKEN Scanner

• *Sindroame hemoragice prin activitate fibrinolitică excesivă* (fibrinoliza acută și cronică);

• *Sindrom hemoragic prin coagulare intravasculară diseminată* (coagulopatie de consum).

Antecedentele familiale pot orienta diagnosticul etiopatogenetic în unele sindroame hemoragice cu caracter ereditar: hemofilia, teleangiectazia hemoragică ereditară (Rendu—Osler), unele trombopatii și coagulopatii rare.

Anamneza poate releva în antecedentele bolnavului existența unor afecțiuni în a căror evoluție pot apare sindroame hemoragice (hepatopatii cronice, splenopatii, colagenoze, leucoze, procese invadante medulare etc.), diverși factori toxici profesionali (benzen, insecticide, radiații ionizante etc.) sau medicamentoși (imunosupresive, citostatice, anticoagulante, salicilați, chinidină, cloramfenicolul, antipirină, fenilbutazonă etc.). În cazurile în care se evidențiază aceste condiții se pot presupune mecanismele implicate în apariția sindromului hemoragic.

Particularitățile tabloului clinic (momentul debutului, și evoluția manifestărilor, circumstanțele de apariție, localizarea hemoragiilor, asocierea cu splenomegalie, anemie, febră, icter, hepatomegalie, hipertensiune portală etc.) permit, de cele mai multe ori, orientarea diagnosticului etiopatogenetic.

Conduita de urgență

Orice sindrom hemoragic care a devenit problemă de urgență trebuie internat într-un serviciu de specialitate.

În cazurile grave se instituie imediat măsurile terapeutice care vizează oprirea hemoragiei (mijloace mecanice, medicație hemostatică, transfuzie, corticoterapie), șocul hemoragic (perfuzie cu lichide, transfuzii), perturbările datorite hemoragiilor în diverse organe (accident vascular cerebral, tamponada cardiacă etc.) sau boala de bază (septicemie, intoxicație etc.).

Examinări de urgență

În majoritatea sindroamelor hemoragice, coagulograma, timpul de sîngerare, numărătoarea trombocitelor și proba garoului permit încadrarea sindromului hemoragic într-un anumit tip patogenetic.

Timpul de coagulare este prelungit în sindroamele hemoragice prin deficit al factorilor coagulării.

Scanned with OKEN Scanner

Timpul de protrombină prelungit survine în hipoprotrombinemii.

Timpul de sîngerare prelungit se întîlnește în trombocitopenii și în anomalii funcționale ale trombocitelor (boala Glanzman, von Willebrand Jürgens).

Numărul trombocitelor este scăzut în trombocitopenii și în coagularea intravasculară diseminată.

Proba garoului este pozitivă în vasopatii și în sindroamele hemoragice de origine trombocitară.

Fibrinogenul este scăzut în hipofibrinogenemii și în fibrinoliza acută.

Retracția cheagului, adezivitatea și *agregarea trombocitelor* explorează funcția trombocitară.

Timpul de liză a euglobulinelor este scurtat în fibrinoliza acută.

Testul de generare a tromboplastinei este util în diagnosticul hemofiliei.

Observarea sîngelui introdus într-o eprubetă poate oferi date importante în hemofilie și în fibrinoliza acută.

Alte examinări pot fi necesare pentru localizările viscerale ale hemoragiei (radioscopie toracică, electrocardiogramă, examenul scaunului, fund de ochi etc.) sau pentru boala de bază (hepatită cronică, insuficiență renală acută, stare de șoc, infecții, colagenoze, boli hematologice etc.).

PURPURE INFECȚIOASE

Fenomene hemoragice pot apare în variate infecții (septicemii, scarlatină, febră tifoidă, gripă, difterie, rickettsioze, endocardite bacteriene, pojar etc.), prin leziuni vasculare și/sau coagulare intravasculară diseminată. Tablouri clinice deosebit de grave se realizează în special în sindromul Waterhouse—Friderichsen și în purpura fulminans Henoch.

• *Sindromul Waterhouse—Friderichsen.* Fenomenele hemoragice (peteșii, echimoze extinse, mai ales pe membre) apar la copii în cadrul unei septicemii (în special cu meningococ), însoțite de insuficiență corticosuprarenală și stare de șoc. Prognosticul este deosebit de grav.

• *Purpura fulminans Henoch.* Hemoragiile, sub formă de echimoze simetrice, rapid extensive, însoțite de febră și prostrație, survin brusc, mai ales la copii, în asociere cu infecții streptococice (scarlatina). Evoluția poate fi fatală în 1—4 zile.

Scanned with OKEN Scanner

Tratament. Antibiotice în doze mari, corticoterapie (prednison 80—120 mg/zi, hemisuccinat de hidrocortizon 200—500 mg/zi), transfuzii. În cazurile în care se evidențiază procesul de coagulare intravasculară diseminată se instituie terapia cu heparină.

PURPURA REUMATOIDĂ SCHÖNLEIN-HENOCH

În forma acută apar leziuni purpurice extinse la nivelul tegumentelor, mai ales în jurul articulațiilor, uneori eritem difuz, leziuni urticariene sau pemfigoide, zone de necroză.

Articulațiile pot fi tumefiate, dureroase, cu impotența funcțională.

Manifestările abdominale (vărsături, colici abdominale, melenă, tulburări de tranzit) pun adesea probleme de diagnostic diferențial cu abdomenul acut, mai ales atunci cînd lipsesc manifestările cutanate și articulare.

Manifestările renale (hematurie, albuminurie) sînt de regulă prezente; în unele cazuri apare insuficiența renală.

Mai pot surveni fenomene nervoase (pareze, convulsii), respiratorii (edem glotic, astm bronșial) și, mai rar, cardiovasculare (hemoragii în miocard sau pericard).

În antecedentele recente (1—3 săptămîni) se pot constata adesea infecții ale căilor respiratorii superioare, angine cu streptococ hemolitic. Purpura poate fi declanșată și de alte infecții, de factori alimentari sau medicamentoși (clorotiazide, chinină, salicilați, seruri, vaccinuri etc.).

Substratul patogenetic al sindromului hemoragic îl constituie vascularita alergică difuză a vaselor mici.

Examinări. Testul garoului este pozitiv; testele de coagulare, timpul de sîngerare și numărul trombocitelor sînt normale.

Tratament. Corticoterapie (prednison 30—50 mg/zi, timp de 2—3 săptămîni), antibiotice (în prezența infecției); în hemoragii grave — transfuzii.

TROMBOCITOPENII

Hemoragiile apar în variate teritorii: tegumente (peteșii, echimoze, hematoame), mucoase (epistaxis, gingivoragii etc.), viscerale (hemoptizii, hematemeză, melenă, hematurie, hemoragie cerebrală etc.).

Scanned with OKEN Scanner

Examinări. Numărul trombocitelor scăzut (sub 20.000/mm³), timpul de sîngerare — prelungit, proba garoului — pozitivă, retracția cheagului — prelungită; timpul de coagulare este normal.

• *Purpura trombocitopenică idiopatică,* în forma acută (boala Werlhof), poate realiza stări de urgență grave. Survine la copii sau adulți tineri, mai ales la femei. Debutul poate fi brusc, fără prodroame; alteori episodul acut este precedat de epistaxisuri repetate, infecții ale căilor respiratorii superioare, tratamente medicamentoase, prima menstruație. Splenomegalia poate fi prezentă.

În forma cronică, manifestările sînt mai puțin severe și au o evoluție ciclică, cu recidive declanșate de boli intercurente sau traumatisme.

• *Trombocitopeniile simptomatice* pot surveni în hipersplenism de diverse cauze (ciroză hepatică, infecții cronice, splenomegalie fibrocongestivă, boala Gaucher, boala Felty, sarcoidoză, lupus eritematos diseminat etc.), după substanțe chimice care acționează direct asupra măduvei (citostatice, benzen etc.) sau prin procese imunologice (sulfamide, sedormid, chinidină, clorotiazidă, cloramfenicol, fenilbutazonă etc.), după infecții (bacteriene sau virale), agenți fizici (radiații ionizante), toxine animale (veninuri, înțepături de insecte), în boli hematologice (leucoze acute și cronice, insuficiențe medulare, anemii hemolitice), în procese invadante medulare (metastaze extinse).

Tratament. Corticoterapie, transfuzii de sînge integral sau trombociți. În unele forme se indică splenectomia.

Tratamentul bolii de bază se face ori de cîte ori este posibil.

HEMOFILIA

Simptomatologia apare de regulă în copilărie, rareori mai tîrziu. Hemoragiile pot fi subcutanate (echimoze, hematoame), mucoase (bucale, nazale, gastrointestinale), intramusculare (hematoame mai ales în psoas și musculatura abdominală), intraarticulare (hemartroze), subperiostale (pseudotumori osoase), în viscere și cavități (renale, intracraniene, intraperitoneale etc.).

Hemoragiile, care survin mai ales după traumatisme, pot dura ore, zile sau săptămîni.

Hemartrozele, caracteristice bolii, pot duce la deformații articulare și la anchiloze.

Gravitatea tabloului clinic poate fi dată de severitatea și durata hemoragiei și de fenomenele compresive locale, produse de

Scanned with OKEN Scanner

hematoame asupra nervilor, vaselor, căilor respiratorii sau organelor.

Examinări. Timpul de coagulare este prelungit. Se observă sîngele introdus într-o eprubetă: eritrocitele se sedimentează înainte ca sîngele să coaguleze. Consumul de protrombină și generarea tromboplastinei sînt reduse. Proba garoului, timpul de sîngerare și numărul trombocitelor sînt normale.

• *Hemofilia A* (deficit de globulină antihemofilică, factorul VIII) este o boală ereditară cu transmitere maternă, care interesează exclusiv sexul masculin. Factorul VIII se găsește în sîngele integral și în plasmă, fiind rapid distrus prin conservare.

• *Hemofilia B* (deficit de factor Chrismas, factorul IX), mai rară și mai puțin severă, poate interesa și sexul feminin. Factorul IX se găsește și în ser și nu se distruge în timpul conservării. In vitro, coagularea plasmei anormale se poate obține cu ser normal.

Tratament

Hemostaza locală: pansamente compresive, aplicații locale de trombină, tromboplastină, burete de fibrină, cauterizare. În hemartroze: imobilizare și pungă cu gheață.

Sînt contraindicate injecțiile intramusculare; în cazul în care nu pot fi evitate injecțiile subcutanate sau intravenoase, după injecția efectuată cu un ac foarte mic, se aplică compresiune locală manuală la locul injecției timp de 10 minute, apoi se face un pansament compresiv, care se menține 24 ore.

În hemofilia A, aportul de globulină antihemofilică se asigură prin:

• sînge integral proaspăt (mai puțin utilizat, deoarece cantitățile necesare pentru a ridica nivelul factorului VIII fiind prea mari, expun la riscul supraîncărcării cardiovasculare);
• plasmă proaspătă (10—20 ml/kilocorp/zi);
• plasmă antihemofilică liofilizată;
• preparate concentrate.

Corticoterapia se poate asocia în hemartroze și hematurie.

Acidul epsilonaminocaproic (0,10—0,40 g/kilocorp/zi) este indicat, după unii autori, pentru a favoriza formarea de cheaguri mai rezistente la fibrinoliză.

În hemofilia B, aportul de factor IX se poate asigura prin:

• sînge integral sau plasmă, proaspete sau conservate,
• preparate concentrate (P.P.S.B.: protrombină, proconvertină, factor Stuart, factor antihemofilic B).

Scanned with OKEN Scanner

Hemoragiile, adesea grave, pot fi localizate la nivelul tegumentelor, mucoaselor sau diverselor organe.

Hipoprotrombinemiile pot apare după tratament antibiotic (prin sterilizarea florei microbiene și, în consecință, aport insuficient de vitamina K), în enteropatii și ictere mecanice (absorbție redusă de vitamină K), hepatite cronice și tratament cu preparate cumarinice (utilizare defectuoasă a vitaminei K).

Accidentele grave după tratament anticoagulant cu preparate cumarinice (Trombostop) survin mai ales atunci cînd există leziuni locale preexistente (ulcer, cancer, metropatii etc.).

Examinări. Timpul de protrombină este prelungit. Timpul de coagulare este normal sau ușor prelungit. Trombocite, cantitativ și calitativ, normale.

Tratament. Vitamina K (în deficit de vitamină K și tratament cu preparate cumarinice), tratamentul bolii de bază; în hemoragii grave — transfuzii.

FIBRINOLIZA ACUTĂ

Hemoragiile deosebit de grave și de extinse (în plagă, drenuri, locuri de puncție, echimoze, hematoame), apar exploziv după intervenții chirurgicale (pe prostată, plămîn, uter etc.), în accidente obstetricale (moarte fetală, embolii cu lichid amniotic), tratament fibrinolitic (streptokinază, urokinază).

Rareori procesul fibrinolitic este primar; ori de cîte ori apar hemoragii extinse în condițiile amintite, diagnosticul diferențial trebuie făcut cu coagularea intravasculară diseminată.

Examinări. Se observă sîngele introdus într-o eprubetă: în cazurile grave cheagul nu se formează sau este repede lizat normal (normal>72 ore, la 37°C). Fibrinogenul este scăzut, timpul de liză a euglobulinelor este scurtat; numărul trombocitelor este normal (spre deosebire de coagularea intravasculară diseminată).

Tratament. La început se administrează medicația care blochează plasmina liberă (Trasylol sau Iniprol), apoi acidul epsilon-aminocaproic, care inhibă producerea de plasmină.

- *Trasylol* (fiole à 5 ml = 25.000 U), 75.000—100.000 U.i.v.
- *Iniprol* (fiole à 5 ml = 1.000.000 U), 5 fiole i.v. rapid, repetat la o oră în cazurile grave.

Scanned with OKEN Scanner

• *Acidul epsilonaminocaproic*, în doze inițiale de 4—6 g i.v., apoi în perfuzie 1 g/oră, în soluție de glucoză 5%, doza totală fiind de 20—30 g/zi.

• *Tratamentul substitutiv și de compensare volemică* se face cu transfuzii de sînge proaspăt în cantitate mare (4—10 l/zi), plasmă proaspătă, săruri de calciu.

Eficiența terapiei se apreciază după dispariția hemoragiilor, normalizarea pulsului și a tensiunii arteriale, controlul fibrinogenului și al activității fibrinolitice.

COAGULAREA INTRAVASCULARĂ DISEMINATĂ

Manifestările hemoragice pot fi deosebit de grave: peteșii, echimoze, epistaxis, hematemeză, melenă, hemoptizii, hematurie, hemoragie cerebrală, metroragii, hemoragii în plagă etc.

Trombozele în microcirculație, care preced apariția sindromului hemoragic, se pot manifesta prin cianoza extremităților, leziuni ulceronecrotice tegumentare și mucoase, insuficiență respiratorie, oligoanurie.

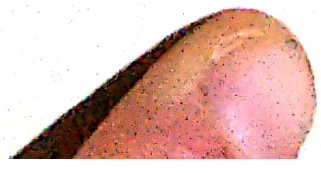
Procesul de coagulare intravasculară diseminată apare în diverse stări patologice care determină pătrunderea în circulație a substanțelor tromboplastinice și/sau perturbări morfofuncționale ale microcirculației (intervenții chirurgicale, accidente obstetricale, pancreatita acută, stări de șoc, hemoliză acută, septicemii, hemopatii maligne, intoxicații, reacții imunoalergice etc.). Hemoragiile sînt consecința consumului de factori ai coagulării în cadrul trombozei diseminate din microcirculație și fibrinolizei secundare.

Examinări. Numărul trombocitelor este scăzut (cel mai constant semn al coagulării intravasculare diseminate). Scăderea fibrinogenului și a protrombinei sînt mai rapid reversibile.

Tratament. În toate cazurile se instituie măsurile terapeutice adresate bolii de bază.

Heparina se administrează în doze uzuale, fracționate (100 mg la 4—6 ore i.v.) sau în perfuzie (inițial 25 mg i.v. apoi 2—5 mg/kilocorp/24 ore). Controlul coagulogramei se face deosebit de atent deoarece există pericolul supradozării.

Tratamentul substitutiv al factorilor coagulării consumați și refacerea volemiei se face cu plasmă (în cazuri grave), transfuzii de sînge integral, masă eritrocitară, concentrate trombocitare.



Scanned with OKEN Scanner

HEMOLIZA ACUTĂ

Distrugerea bruscă, patologică, a hematiilor realizează sindromul hemolizei acute, manifestat prin febră, frison, greţuri, vărsături, stare generală alterată, dureri abdominale, lombare sau în extremităţi, icter, uneori hemoglobinurie, anemie severă.

Gravitatea stării de urgenţă se datoreşte în special posibilităţii apariţiei stării de şoc şi insuficienţei renale acute. În cursul hemolizei acute mai pot surveni şi alte complicaţii care realizează stări de urgenţă: tromboze arteriale şi venoase, infarcte viscerale (splenice, cerebrale, pulmonare), colici biliare, hemoragii (prin coagulare intravasculară diseminată sau prin trombocitopenii asociate).

Starea de urgenţă poate fi datorită şi afectării concomitente a diverselor organe (sistem nervos, ficat, rinichi) prin aceeaşi cauză care a determinat hemoliza acută (intoxicaţii, infecţii).

Diagnostic diferenţial: infecţii acute, hemoragii interne, abdomen acut, hepatite acute, boli de sistem, afecţiuni renale, porfirinurie, mioglobinurie, hematurie.

Diagnosticul etiopatogenetic

Tabloul clinic al hemolizei acute poate surveni fie la persoane fără semne prealabile de îmbolnăvire, fie la bolnavi cu forme cronice de anemie hemolitică sau cu diverse boli în care hemoliza constituie una din complicaţiile bolii (limfoame maligne, colagenoze, lues etc.). Distrugerea hematiilor, declanşată de factori exogeni (ex. medicamente), poate fi condiţionată de defecte congenitale ale hematiilor sau de o reactivitate imunologică particulară.

În stabilirea diagnosticului etiopatogenetic trebuie avute în vedere următoarele posibilităţi:

1. *Anemii hemolitice prin factori intraeritrocitari*
   - Congenitale (microsferocitoza ereditară, eliptocitoza, hemoglobinopatii, enzimopatii);
   - Cîştigate (hemoglobinuria paroxistică nocturnă — Marchiafava—Micheli).
2. *Anemii hemolitice prin factori extraeritrocitari*
   - Imunologice (prin izoanticorpi, autoanticorpi);
   - Neimunologice (prin factori infecţioşi, toxici, fizici, mecanici, hipersplenism etc.).

Scanned with OKEN Scanner

Antecedentele familiale (anemie, icter, splenomegalie la alți membri ai familiei), debutul în copilărie și episoadele similare din antecedente atrag atenția asupra unor anemii hemolitice congenitale.

Examenul clinic poate releva prezența unei boli cronice care se poate complica cu anemie hemolitică (limfogranulomatoză malignă, colagenoză, carcinomatoză, sarcoidoză, boli hepatice, splenopatii etc.).

Anamneza pune în evidență adesea factorii care au declanșat hemoliza acută: transfuzia de sînge, agenți chimici și medicamentoși, agenți fizici și mecanici (căldură excesivă, arsuri, expunere la frig, proteze valvulare), toxine animale (venin de șarpe, înțepături de insecte), infecții acute (pneumonia virotică, septicemii etc.).

Recunoașterea condițiilor de apariție și aspectul evolutiv al anemiei hemolitice permite orientarea asupra mecanismului de producere a hemolizei. Astfel, în accidentele posttransfuzionale pot fi incriminați izoanticorpi, după expunere la frig și după viroze — anticorpi reci, după medicamente uzuale — „anticorpi alergici", anticorpi incompleți, în bolile în care intervin mecanisme autoimune — autoanticorpi, în intoxicații acute și infecții grave — acțiune directă asupra eritrocitelor, în proteze valvulare — distrugere mecanică.

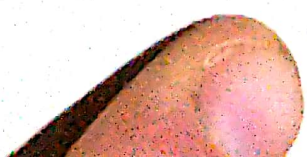
Mecanismele patogenetice pot fi diferite, chiar la același agent patogen.

Examenul obiectiv al bolnavului poate evidenția particularități clinice care permite încadrarea etiopatogenetică a unei anemii hemolitice. Splenomegalia, însoțită uneori de hepatomegalie, este comună numeroaselor forme de anemie hemolitică, congenitale (microsferocitoza, talasemia) sau cîștigate (hemoglobinuria paroxistică la frig, hemoglobinuria paroxistică nocturnă, unele anemii hemolitice autoimune, hipersplenism etc.). Malformații scheletice și ulcerații ale gambelor pot surveni în anemii hemolitice congenitale, tulburări vasculare (sindrom Raynaud) în anemiile hemolitice cu anticorpi reci, tromboze venoase și arteriale în anemiile hemolitice autoimune, hemoglobinuria paroxistică nocturnă.

Conduita de urgență în lipsa diagnosticului etiopatogenetic

Se întrerupe administrarea oricărei medicații care ar putea fi incriminată în producerea hemolizei.

Se tratează eventualii factori etiologici (infecții, intoxicații).



Scanned with OKEN Scanner

Se evită, pe cît posibil, transfuzia de sînge, a cărei indicație în urgență o constituie crizele aplastice cu anemie severă și stare de șoc. Transfuzia este deosebit de periculoasă în anemiile hemolitice cu anticorpi reci. Nu se va da sînge integral în hemoglobinuria paroxistică nocturnă. În toate cazurile în care transfuzia de sînge se consideră necesară, administrarea acestuia se va face sub supraveghere strictă, urmărindu-se reacția organismului după injectarea rapidă a 20 ml sînge (de preferat izogrup).

Corticoterapia se indică în majoritatea anemiilor hemolitice cîștigate, în special în cele în care condițiile etiologice permit să se presupună existența unui proces imunologic.

Se va combate starea de șoc (p. 14, vol. I) și insuficiența renală acută (p. 139).

Se tratează simptomatic și/sau patogenetic perturbările asociate (durerile abdominale, vărsăturile, ischemia acută periferică, coagularea intravasculară diseminată etc.).

Examinări de urgență

Examinările de laborator sînt necesare în urgență pentru confirmarea hemolizei acute și aprecierea gravității acesteia, pentru evidențierea perturbărilor umorale consecutive complicațiilor și pentru diagnostic diferențial.

Numărul hematiilor și *hematocritul* sînt scăzute; gradul anemiei nu depinde însă numai de intensitatea hemolizei, ci și de capacitatea de regenerare medulară.

Forma hematiilor poate fi caracteristică (microsferocitoză, talasemia etc.).

Valoarea globulară este de regulă normală (mai rar, hipo- sau hipercromie).

Reticulocitele sînt crescute (peste 50% în cazurile acute).

Bilirubina indirectă este crescută, nivelul acesteia fiind însă în funcție nu numai de gradul hemolizei, ci și de capacitatea de conjugare a ficatului.

În urină se constată prezența urobilinogenului; în hemolizele acute masive poate apare hemoglobinuria. Este necesar în toate cazurile să se supravegheze atent diureza.

Alte examinări (ionograma, azot, rezerva alcalină, teste funcționale hepatice, hemoculturi etc.) pot fi necesare pentru șoc și insuficiența renală, pentru boala de bază sau pentru diagnostic diferențial.

Scanned with OKEN Scanner

Examinările pentru precizarea diagnosticului etiopatogenetic (rezistența globulară, teste imunologice, durata de viață a hematiilor, depistarea hemoglobinelor patologice etc.) nu aparțin urgenței.

A. ANEMII HEMOLITICE PRIN FACTORI INTRAERITROCITARI

MICROSFEROCITOZA EREDITARĂ

Anemia însoțită de icter și splenomegalie debutează în copilărie. Crizele aplastice care pot surveni în evoluția bolii, se manifestă prin anemie severă, febră, cefalee, dureri abdominale. Agravările sînt favorizate de stări infecțioase, traumatisme, eforturi fizice, graviditate. Pot fi prezente manifestări osoase (capul în formă de turn, implantații vicioase ale dinților, poli- sau bradidactilie etc.), ulcere trofice ale gambelor, colici biliare.

Hematiile sînt mici, sferice, cu rezistența osmotică scăzută.

Tratament. În crizele aplastice se indică transfuzii de sînge, antibiotice profilactic. Splenectomia este eficientă (nu influențează anomalia eritrocitară, dar elimină sediul principal al distrucției eritrocitelor). Corticoterapia este ineficace.

HEMOGLOBINOPATII

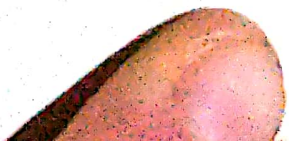
Hemoglobinopatiile sînt foarte rare în zona noastră geografică.

• *Anemia cu celule falciforme,* care apare mai ales la negrii din America și Africa, se manifestă prin episoade de febră, dureri în membre și abdomen, icter, anemie, reticulocitoză, tulburări nervoase, tromboze vasculare. Forma hematiilor este caracteristică (aspect de seceră). Punerea în evidență a hemoglobinei S confirmă diagnosticul.

Tratamentul se adresează în special complicațiilor și crizelor aplastice (acid folic, vitamine din grupul B); splenectomia este ineficientă.

• *Talasemia* înglobează mai multe îmbolnăviri ereditare înrudite. Este mai frecvent întîlnită în bazinul mediteranian, peninsula Balcanică și sudul Asiei.

În forma majoră, care debutează în copilărie, sindromul hemolitic este sever, cu hepatosplenomegalie, tulburări în dezvoltarea somatică, modificări osoase, uneori cardiomegalie și insuficiență cardiacă.



Scanned with OKEN Scanner

În forma minoră, sindromul hemolitic este mai atenuat.

Tratament. Forma majoră poate beneficia de splenectomie. Administrarea de fier și transfuziile sînt contraindicate.

ENZIMOPATIILE ERITROCITARE

• *Deficitul de glucozo-6-fosfatdehidrogenază* poate fi bănuit la persoane la care hemoliza acută (icter febril, hemoglobinurie), însoțită uneori de methemoglobinemie, este declanșată de medicamente (antimalarice, nitrofuran, antipiretice, analgezice, sulfamide etc.), infecții bacteriene sau virale, acidoză diabetică.

Orientative pentru diagnostic sînt: testul de reducere a methemoglobinemiei, testul de stabilitate a glutationului, testul de producere a corpilor Heinz.

Tratament. Evitarea sau combaterea factorilor care declanșează hemoliza. În crizele severe, transfuzii de sînge izogrup. Splenectomia și corticoterapia sînt ineficiente.

• *Deficitul de formare al ATP*, enzimopatie rară, determină sindrom hemolitic de intensitate variabilă, cu icter și splenomegalie. Sîngele ținut la 37°, 24—48 ore, se autohemolizează intens.

Tratament. Splenectomie, exsanguinotransfuzie — cu rezultate discutabile.

HEMOGLOBINURIA PAROXISTICĂ NOCTURNĂ
(Marchiafava — Micheli)

Sindromul hemolitic acut cu hemoglobinurie survine în timpul somnului. Distrugerea hematiilor este favorizată de mediul acid (pH scăzut în timpul somnului, acidifieri medicamentoase sau alimentare). Uneori agravările pot fi puse în legătură cu infecții, transfuzii de sînge, tratament cu fier, menstruație. În evoluție pot apare tromboze vasculare în diverse teritorii viscerale și periferice. Factorii cauzali ai defectului intraeritrocitar (cîștigat) nu sînt cunoscuți.

Examenul urinii evidențiază hemosiderinurie permanentă. Pentru diagnostic se utilizează testul hemolizei acide (testul Ham).

Tratamentul. Accidentele tromboembolice se combat cu preparate cumarinice. Nu se administrează fier (poate declanșa hemoliza). În anemiile severe se fac transfuzii cu hematii spălate.

Scanned with OKEN Scanner

B. ANEMII HEMOLITICE PRIN FACTORI EXTRAERITROCITARI

ACCIDENTE HEMOLITICE POSTTRANSFUZIONALE

Hemoliza se produce în transfuzii cu sînge incompatibil (incompatibilitate în cadrul sistemului ABO, transfuzii de sînge Rh pozitiv la persoane Rh negativ, mai rar izoimunizări față de alți antigeni eritrocitari), cînd anticorpii primitorului distrug hematiile donatorului. Uneori, hemoliza se datorește transferului pasiv de anticorpi antieritrocitari („donatori universali periculoși", cu titru foarte ridicat de izoanticorpi alfa și beta în plasmă).

Se realizează grade variate de hemoliză acută, pînă la stare de șoc, cu sau fără insuficiență renală acută, cu sau fără coagulare intravasculară diseminată.

Tratament. Se întrerupe transfuzia, se face perfuzie cu hemisuccinat de hidrocortizon. Se instituie măsurile de combatere a șocului, a insuficienței renale acute sau a coagulării intravasculare diseminate, atunci cînd sînt prezente.

ANEMII HEMOLITICE PRIN AUTOANTICORPI

Sînt cele mai frecvente anemii hemolitice imunologice. Există forme idiopatice, în care nu se pot depista factorii etiologici, și forme simptomatice, care survin în cadrul altor boli.

ANEMIA HEMOLITICĂ AUTOIMUNĂ CU ANTICORPI LA CALD

Boala poate debuta brusc sub forma unei hemolize intravasculare; mai frecvent însă debutul este insidios, cu cefalee, tendință la lipotimii, febră moderată, subicter sau icter, splenomegalie, uneori poliadenopatie. În evoluție pot apare tromboze vasculare, colici biliare, crize aplastice.

Testul Coombs direct și indirect — pozitive. Gamaglobulinele sînt crescute. Se poate asocia cu leucopenie și trombocitopenie. Numărul hematiilor este adesea mult diminuat. Eritrocitele pot avea formă sferică, cu rezistență globulară scăzută.

Tratament. Se administrează prednison 1—3 mg/kilocorp/zi, timp de șase săptămîni — două luni. În unele cazuri, vindecarea este definitivă; alteori, la încercarea de reducere a dozelor de prednison apar reșute, fiind necesar tratament cronic de întreținere cu doze de 0,5—1 mg/kilocorp/zi. Splenectomia poate avea rezultate favorabile. Transfuziile se indică în anemii severe; administrarea sîngelui trebuie făcută cu prudență, sub controlul reacției individuale la injecția a 20 ml sînge proaspăt, izogrup.

Scanned with OKEN Scanner

ANEMIA HEMOLITICĂ AUTOIMUNĂ CU ANTICORPI LA RECE

• *Boala aglutininelor reci* se manifestă prin anemie hemolitică discretă, pe fondul căreia, după expunere la frig, pot apare: paloare, subicter, fenomene vasomotorii. Anemia apare mai ales iarna.

Biologic, se constată creşterea titrului IgM, prezenţa crioglobulinelor, crioaglutininelor sau macroglobulinelor.

• *Hemoglobinuria paroxistică la frig* se manifestă prin dureri lombare, abdominale sau în extremităţi, crampe musculare, cefalee, uneori subicter, greţuri, vărsături, urmate de febră şi frison de scurtă durată, hemoglobinurie. Fenomenele apar la cîteva minute sau ore după expunere la frig. Splina şi ficatul pot fi uşor mărite. De asemenea pot fi prezente tulburări vasomotorii de tip Raynaud. În antecedente, bolnavul semnalează crize similare. Între crize, boala poate fi asimptomatică. Etiologia luetică nu a putut fi demonstrată decît pentru o parte din cazuri.

Diagnosticul se confirmă prin evidenţierea hemolizinelor bifazice Donath-Landsteiner, prin testul Ehrlich (imersia în apă la 0° a unui deget ligaturat la bază, timp de 1/4 oră, apoi introducerea lui în apă caldă la 37°: în sîngele recoltat prin înţepătură se evidenţiază hemoliză). Testele serologice sînt adesea pozitive pentru lues, deşi reacţiile pot fi fals pozitive.

Tratament. Prednisonul este mai puţin eficient decît în anemiile cu anticorpi calzi. Splenectomia nu are rezultate favorabile, uneori chiar agravează fenomenele. Se încearcă administrarea imunosupresoarelor (Endoxan, Imuran, Clorambucil). Vasodilatatoarele şi vasotroficele pot fi utile pentru combaterea tulburărilor vasomotorii. Transfuzia de sînge este periculoasă, poate accentua hemoliza intravasculară.

ANEMII HEMOLITICE AUTOIMUNE SIMPTOMATICE

Infecţiile virusale (pneumonia atipică, gripa, mononucleoza infecţioasă, parotidita epidemică etc.) se pot complica cu anemie hemolitică cu anticorpi la rece. Evoluţia este de cîteva săptămîni, de regulă spre vindecare.

Anemii hemolitice pot apare în hemopatii maligne ale sistemului limfoplasmocitar (limfogranulomatoza malignă, leucemia limfatică, limfosarcom, plasmocitom), colagenoze maligne (lupus eritematos diseminat, dermatomiozită), poliartrită reumatoidă, sindrom Sjögren, tiroidită Hashimoto, unele cancere, rectocolita hemoragică etc. Uneori anemia hemolitică precede apariţia bolilor amintite, alteori apare în evoluţia acestora.

Scanned with OKEN Scanner

Anemii hemolitice autoimune simptomatice apar, mai rar, în hepatita cronică progresivă şi ciroza hepatică, glomerulonefrita cronică, infecţii cronice etc.

Tratamentul se adresează în primul rînd bolii de bază.

ANEMII HEMOLITICE IMUNOLOGICE DUPĂ MEDICAMENTE

Hemoliza acută poate surveni după numeroase medicamente uzuale (chinină, chinidină, sulfamide, antipaludice, nitrofurantoin, fenotiazine, PAS, penicilină etc.) care, absorbite pe membrana eritrocitelor, îndeplinesc rol de haptene. Se realizează astfel complexe antigenice care stimulează formarea de anticorpi. Unele medicamente (ex. Alfa-metildopa) sînt incriminate în modificarea antigenităţii hematiilor.

De regulă, evoluţia acestor hemolize acute este benignă.

Tratament. Suspendarea tratamentului cu medicamentul în cauză; în cazurile severe se indică tratament cu prednison, 2—3 săptămîni.

ANEMIA ACUTĂ HEMOLITICĂ LEDERER-BRILL

Sindromul hemolitic acut, însoţit adesea de fenomene neuropsihice (prostraţie, rahialgii, pareze, paralizii) şi stare de şoc, survine la copii, mai ales toamna şi iarna.

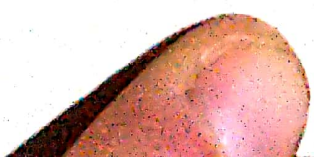
În unele cazuri se pun în evidenţă autoanticorpi de tip hemolizine. În etiologie se incriminează virozele. Evoluţia este de cele mai multe ori favorabilă.

Tratament. Se fac transfuzii de sînge cu hematii spălate, corticoterapie. Uneori splenectomia este eficientă.

ANEMII HEMOLITICE NEIMUNOLOGICE PRIN FACTORI EXTRAERITROCITARI

Infecţiile grave, în special cu clostridium perfringens, bartonella, mai rar cu streptococ, stafilococ, meningococ, pot produce hemoliză acută, însoţită adesea de şoc şi coagulare intravasculară diseminată.

Intoxicaţiile cu hidrogen sulfurat, anhidridă arsenioasă, trinitrotoluen, nitrobenzen, anilină, plumb, ciuperci, veninuri de şarpe etc. produc hemoliza eritrocitelor prin acţiune directă. Unele substanţe



Scanned with OKEN Scanner

(nitrați, nitriți, fenilhidrazina, anilina etc.) sînt în același timp și methemoglobinizante.

Malaria se însoțește de anemie hemolitică moderată; uneori însă, în cursul tratamentului, pot apare crize hemolitice acute cu febră, icter, hemoglobinurie (febra bilioasă hemoglobinurică).

Factori fizici (arsuri, expunere la căldură excesivă) produc grade variate de hemoliză intravasculară.

Factori mecanici intervin în producerea hemolizei acute după eforturi fizice prelungite („hemoglobinuria de marș") sau după implantare de proteze valvulare sau vasculare; în microangiopatia trombotică trombocitopenică (boala Moskowitz), hemoliza este atribuită hemolizei mecanice, datorită rugozității endoteliilor vasculare.

Diverse boli cronice (splenopatii de diverse etiologii, cancerele avansate, ciroza hepatică, nefropatiile cronice decompensate etc.) pot evolua cu grade variate de anemii hemolitice fără intervenția proceselor imunologice.

• *Tratamentul* se adresează bolii de bază și perturbărilor asociate (șoc, insuficiență renală, coagulare intravasculară diseminată, methemoglobinemie etc.), În cazurile severe se indică transfuzii de sînge.

Scanned with OKEN Scanner

URGENȚE ÎN BOLI ENDOCRINE

CRIZA TIREOTOXICĂ

Elemente de diagnostic clinic

Criza tireotoxică apare în marea majoritate a cazurilor la bolnavi cu hipertiroidism deja diagnosticat, mai ales la basedowieni cu forme grave și vechi de boală.

Factorii declanșanți ai crizei sînt: neglijarea, subdozarea sau întreruperea bruscă a tratamentului antitiroidian, infecțiile intercurente, traumatismele, intervențiile chirurgicale, travaliul, toxicoza gravidică, traumele psihice. Criza poate apare, de asemenea, după tiroidectomie insuficient pregătită prin tratament preoperator cu iod.

Debutul crizei este brusc, cu neliniște, agitație psihomotorie, tremurături, secuse musculare generalizate, sudori profuze, vărsături și diarei incoercibile.

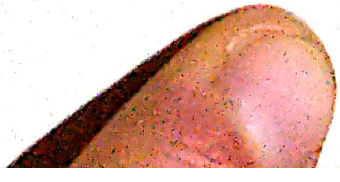
Febra este element obligatoriu de diagnostic; atinge 40°C în 24—36 ore.

La examenul obiectiv se constată: gușă difuză sau nodulară, exoftalmie, tegumente umede, tahicardie sinusală extremă (180—220 bătăi/minut) sau tahiaritmii (fibrilație, flutter atrial), hipertensiune moderată, urmată de hipotensiune arterială.

Starea bolnavului se agravează de la o oră la alta. Deshidratarea se accentuează, apar fenomene de insuficiență cardiacă acută (edem pulmonar), hiperpirexie, convulsii, pareze ale membrelor, tulburări de deglutiție, confuzie mintală, delir, letargie și comă. În formele netratate, moartea survine după 2—3 zile.

Diagnosticul diferențial

Se face cu: coma hepatică (în tireotoxicoză poate apare icter; există o hepatoză cronică a bazedowienilor), coma uremică (există hiperazotemie moderată determinată de deshidratare și hipercatabolism), coma diabetică (în tireotoxicoză există glicozurie și hiperglicemie moderată), afecțiuni digestive acute (în unele crize tireotoxice domină simptomele digestive).



Scanned with OKEN Scanner

Conduita de urgență

Se administrează de urgență: soluție Lugol, 30 picături, sau iodură de sodiu 10%, 1—2 ml, și hemisuccinat de hidrocortizon 200—400 mg, în injecții i.v. lente sau în perfuzie cu glucoză 5—10%. Se asociază, în injecții i.m., 1—2 fiole fenobarbital și 1 fiolă Raunervil.

Bolnavul se internează în servicii de endocrinologie sau medicină internă, fiind însoțit în cursul transportului de un cadrul medical instruit.

Examinări de urgență

De regulă diagnosticul se face clinic. Iodemia crește mult (20—40 gamma%). Scade lipemia totală și colesterolemia. Determinările azotemiei, sodemiei, kaliemiei, calcemiei și rezervei alcaline sînt utile pentru conducerea tratamentului.

Tratament

Obiectivele și mijloacele terapeutice sînt: neutralizarea hormonilor tiroidieni circulanți și inhibarea sintezei sau elaborării exagerate a acestora, prin soluții iodate (sol. Lugol, iodură de sodiu) și antitiroidiene de sinteză (metiltiouracil, Favistan, Metimazol); sedare, scăderea secreției de catecolamine și anihilarea efectelor periferice ale sindromului tireocatecolic (fenobarbital, Raunervil, Clordelazin sau Plegomazin, Propranolol sau Eraldin, guanetidină, hemisuccinat de hidrocortizon), combaterea hipercatabolismului proteic și asigurarea substratului metabolismului energetic (glucoză, oxigen, vitamina C); evitarea și corectarea deshidratării, diselectrolitemiei și acidozei (glucoză 5%, sol. clorură de sodiu 9‰, bicarbonat de sodiu 14‰ THAM); combaterea hiperpirexiei (aspirină, piramidon, împachetări umede și reci).

Iodura de sodiu și soluția Lugol se administrează în injecții i.v., perfuzii i.v. și per os, în doze mari și repetate (5—8 g de iod/24 ore).

Se preferă antitiroidienele cu acțiune rapidă, administrate parenteral (Favistan, Metimazol, 50 mg repetat). Metiltiouracilul se administrează în doze de 500—1000 mg/zi per os sau prin sondă gastrică.

Scanned with OKEN Scanner

Se asociază fenobarbital şi Raunervil, cîte o fiolă la 3—4 ore interval, în formele de gravitate medie. În caz de ineficienţă se recurge la Clordelazin sau Plegomazin, cîte 50 mg în injecţii i.m., i.v. sau în perfuzie, la 4—8 ore interval. Se va evita suprasedarea.

Dintre betablocante se preferă Eraldin (practolol), în doze de 100 mg, de 3—4 ori pe zi, pînă la doza maximă de 1,2 g/zi. Se asociază cu guanetidină, 20—40 mg/zi.

În formele grave se indică doze mari de hemisuccinat de hidrocortizon (500—1000 mg/zi).

Se administrează sol. piramidon 10%, 1—2 linguriţe, sau aspirină, 1 g la oră.

Edemul pulmonar se combate prin strofantină, oxigenoterapie, morfină. Se contraindică emisiile de sînge.

Tahiaritmiile se tratează cu chinidină per os sau în injecţii i.v. lente (sub control ECG), procainamidă, betablocante.

Vărsăturile se combat prin Clordelazin, Emetiral, Propizin sau Torecan.

În formele cu hepatopatii şi icter se indică tratament hepatoprotector (Aspatofort, Multiglutin, Purinor, Lactinium, vitamina B_{12}, B_6).

COMA MIXEDEMATOASĂ

Elemente de diagnostic clinic

Coma apare la bolnavi cu mixedem diagnosticat sau evident (tegumente palide, aspre şi infiltrate, facies buhăit, macroglosie, fanere friabile etc.).

Factorii declanşanţi sînt: suspendarea tratamentului de substituţie, expunerea la frig, infecţiile, eforturile fizice, traumatismele, intervenţiile chirurgicale.

Tulburările psihice preced coma: somnolenţă, torpoare, confuzie mintală.

Coma este profundă, cu aspect de moarte aparentă. Mişcările respiratorii sînt rare şi superficiale. Pulsul este slab, bradicardic, iar zgomotele cardiace estompate. Reflexele osteotendinoase sînt abia schiţate.

Tardiv, apar semne neurologice de focar (pareze, paralizii, sindrom meningian, convulsii).

Hipotermia este element caracteristic de diagnostic. Temperatura scade adesea sub 35°C.

Scanned with OKEN Scanner

Se asociază frecvent fenomene de insuficiență respiratorie, insuficiență renală și hipocorticism.

Diagnosticul diferențial se face cu alte come cu tablou clinic similar (uremică, hepatică, barbiturică, alcoolică, insuficiență hipofizară).

Conduită de urgență

Se impune corectarea de urgență a insuficienței respiratorii prin: aspirație bronșică, intubație, oxigenoterapie, analeptice respiratorii. Se injectează i.v.: tiroxină (0,5 mg) sau triiodtironină (0,2 mg) și hemisuccinat de hidrocortizon (200—400 mg).

Bolnavul se internează în servicii de endocrinologie sau medicină internă.

Examinări de urgență

Diagnosticul se face pe baze clinice. Scăderea iodemiei sub 3 gamma%, hipercolesterolemia și hiperlipemia confirmă diagnosticul. Se constată frecvent hipoglicemie și azotemie.

Tratamentul

Are ca obiective: substituția hormonilor tiroidieni deficitari, corectarea insuficienței corticosuprarenale coexistente, combaterea insuficienței respiratorii sau cardiace, prevenirea infecțiilor, evitarea frigului.

Dintre hormonii tiroidieni se preferă preparatele cu efect rapid: triiodtironina (T_3), derivatul acetic al acesteia (Triac) sau tiroxina. Se administrează cu prudență, în doze mici și repetate: 0,1 mg triiodtironină sau 0,3 mg tiroxină, injecții i.v. la 6—8 ore, sub controlul frecvenței pulsului și al electrocardiogramei. În situația în care nu dispunem de preparate tiroidiene injectabile se administrează, prin sondă gastrică, triiodtironină (300—500 gamma pe zi) sau extract total de tiroidă (6—8 dragee à 0,125 mg/zi).

Tratamentul hipocorticismului se face prin injecții i.v. repetate cu hemisuccinat de hidrocortizon (500—1000 mg/24 ore), urmate de administrarea orală de prednison (80—100 mg/zi).

Se acordă atenție deosebită tratamentului insuficienței respiratorii, produsă prin mecanism complex: pareza mușchilor respiratori,

Scanned with OKEN Scanner

infiltrație mixedematoasă a căilor respiratorii superioare, bronhoplegie, deprimarea centrilor respiratori. Se tratează prin bronhoaspirație, intubație traheală, Miostin în doze mici, analeptice (Karion, Micoren, Megimid, Nicetamid), oxigenoterapie.

INSUFICIENȚA SUPRARENALĂ ACUTĂ

Elemente de diagnostic clinic

Condițiile de apariție sînt de cele mai multe ori caracteristice. Insuficiența suprarenală acută survine mai frecvent la bolnavi cronici, addisonieni insuficient tratați sau supuși unor suprasolicitări: efort fizic, infecții, intoxicații, traumatisme, intervenții chirurgicale, arsuri, sarcină, administrare de ACTH, post prelungit. Pierderile de lichide și electroliți (vărsături, diarei), hemoragiile și reducerea sau suprimarea sării din alimentație induc frecvent criza addisoniană.

Insuficiența corticosuprarenală acută poate apare, de asemenea, la bolnavi cu hipocorticism cronic latent (hipoplazie congenitală suprarenală, hipertiroidism, hipotiroidism, hipopituitarism, sarcină), după oprirea bruscă a corticoterapiei, în cursul infecțiilor toxicoseptice grave (sindrom Waterhouse—Friderichsen), în unele intoxicații (botulism, intoxicație cu ciuperci, alcoolism), după supradozaj de anticoagulante (hemoragii intracapsulare).

Sindromul Waterhouse—Friderichsen (apoplexie suprarenală) se produce prin hemoragie suprarenală, provocată de: traumatisme, infecții grave (septicemii streptococice, stafilococice sau meningococice, scarlatină, difterie, pneumonii), tromboză vasculară, tratament intempestiv cu anticoagulante. Constituie una din cauzele morților neonatale, fiind provocat prin travaliu anevoios și anoxie fetală.

Se manifestă prin fenomene de insuficiență suprarenală acută cu evoluție fudroaiantă: grețuri, vărsături, diaree, hipotensiune, cianoză, hipotermie, peteșii generalizate, convulsii, comă și evoluție fatală în 24—36 ore. Diagnosticul sindromului se face pe baza condițiilor în care apare și a evoluției supraacute a insuficienței suprarenale.

Diagnosticul crizei addisoniene se suspectează la bolnavi cu antecedente de boală Addison, la cei la care se constată hiperpigmentarea tegumentelor și mucoaselor (pliuri cutanate, mucoasă bucală) sau în baza unor documente medicale care atestă hipocorticismul cronic (scăderea 17-cetosteroizilor și 11-oxisteroizilor).

Scanned with OKEN Scanner

Prodroamele constau din accentuarea astheniei și a hipotensiunii arteriale, dureri abdominale, epigastralgii, greață, vărsături, diaree, cu agravarea consecutivă a deshidratării și intensificarea hiperpigmentației tegumentelor. Apar mialgii și fasciculații musculare.

Alteori, debutul este brusc, cu fenomene digestive, cardiovasculare și/sau neuropsihice.

Greturile, vărsăturile și diareea sînt constante. Accentuează deshidratarea și precipită evoluția. Se constată facies excavat, cu ochii înfundați în orbite, pierderea turgorului cutanat, sete chinuitoare, limbă saburală, febră sau hiperpirexie.

Tensiunea arterială tinde să se prăbușească. Pulsul devine filiform.

Tulburările neuropsihice sînt variate și pot domina tabloul clinic: cefalee, hiperreflexie osteotendinoasă, pozitivitatea bilaterală a semnului Babinski, convulsii, sindrom meningeal.

Evoluția este progresivă. Se ajunge la stare confuzională, pierderea cunoștinței, hipotermie, comă profundă sau moarte subită prin stop cardiac sau respirator.

Diagnosticul diferențial este dificil în cazul în care lipsesc antecedentele de boală Addison sau hipocorticism. În aceste situații vin în discuție: abdomenul acut, hemoragiile interne, meningoencefalita, septicopiemiile, sindroamele hemoragice de diverse cauze, alte come (diabetică, hipoglicemică, apoplectică, uremică).

Conduita de urgență

Evoluția posibil fulminantă și riscul morții subite impun măsuri terapeutice de extremă urgență: hidrocortizon hemisuccinat în injecții rapide i.v. (200—400 mg) și i.m. (50 mg, la 2—4 ore interval), perfuzie cu soluție clorurosodică 9‰ și glucoză 5% (1000—1500 ml). Cînd tensiunea arterială scade sub 80 mm Hg, se asociază 1—2 fiole Norartrinal în perfuzie.

Examinări de urgență

Sînt utile pentru precizarea diagnosticului și conducerea tratamentului: dozarea glicemiei, natremiei, kaliemiei și azotemiei. Electrocardiograma oferă indicii mai fidele cu privire la kaliopenia tisulară și permite depistarea și controlul terapiei tulburărilor de ritm.

Scanned with OKEN Scanner

Tratament

Obiectivele terapiei sînt: substituția hormonală, reechilibrarea hidroelectrolitică, combaterea tendinței la prăbușire tensională, evitarea hipoglicemiilor severe, prevenirea infecțiilor.

Tratamentul substitutiv se face, în prima etapă, cu hemisuccinat de hidrocortizon în injecții i.v. (1000—1500 mg/24 ore). Se asociază cortizon acetat în injecții i.m., 50 mg la 8—12 ore interval, în raport cu evoluția clinică. Mineralocorticoizii se administrează în injecții i.m. (ADC, 10—20 mg/zi, i.m., sau Mincortid, 1—2 fiole pe zi) sub controlul tensiunii arteriale, natriuriei, potasemiei și electrocardiogramei. Atenție la posibilitatea supradozajului, cu consecutivă hiperhidratare, hemodiluție și aritmii. Se contraindică ACTH. După ce bolnavul poate înghiți se administrează per os prednison, 40—60 mg/zi.

Reechilibrarea hidrică, electrolitică și acidobazică se face sub control de laborator (hematocrit, ionogramă, rezervă alcalină). Se recomandă ser clorurat izotonic, glucoză 5%, bicarbonat de sodiu 14‰, THAM în cantitate de 2500—3000 ml/24 ore. Se asociază ulterior clorură de sodiu per os, 10—15 g/24 ore.

Combaterea tendinței la prăbușire tensională se face prin administrarea de sînge total, soluții macromoleculare (Dextran-70, Macrodex) și Norartrinal, 1—2 fiole în perfuzie lentă.

Prevenirea și tratamentul infecțiilor se face cu antibiotice cu spectru larg.

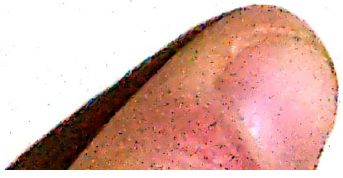
În sindromul Waterhouse—Friderichsen se administrează triple asocieri de antibiotice (Solvocilin, Gentamicin, Ampicilin) și hemisuccinat de hidrocortizon în doze de 1000—2000 mg/zi.

INSUFICIENȚA ANTEHIPOFIZARĂ

Elemente de diagnostic clinic

Tablou clinic caracteristic are insuficiența hipofizară produsă prin necroza ischemică postpartum sau postabortum (sindrom Sheehan).

Insuficiențe antehipofizare, însoțite de alte deficite endocrine (hipotiroidie, hipogenitalism), mai pot apare în tumori hipofizare extinse, infecții microbiene și virotice, intoxicații, după traumatisme craniene.



Scanned with OKEN Scanner

Sindromul Sheehan se manifestă prin: amenoree, absența lactației, atrofia mamelelor, depigmentarea areolelor mamare, dispariția pilozității axilare și pubiene insuficiență ovariană, astenie marcată, apatie, calviție, hipotermie, anorexie, diaree, cardiomicrie, bradicardie, crize hipoglicemice, hipotensiune arterială, somnolență, tulburări psihice (depresie, negativism, halucinații, delir).

În cadrul insuficienței pluriglandulare poate predomina una sau alta dintre deficitele glandelor controlate de hipofiza anterioară (insuficiență gonadică, suprarenală, mai rar tiroidiană). Se poate asocia diabetul insipid.

Examinările complementare de laborator arată scăderea marcată a metabolismului bazal, valori foarte scăzute a corticoizilor plasmatici și a metaboliților lor urinari, curbă plată la testul încărcării cu glucoză, scăderea eliminărilor de hormoni gonadotropi.

Tratament

Terapia are ca obiectiv principal substituirea multiplelor insuficiențe endocrine și reechilibrarea metabolică.

La început se încearcă o substituire estroprogesteronică cu preparate sintetice administrate per os, 20 de zile pe lună. Apoi se recomandă ACTH 1 fiolă a 25 mg/zi sau ACTH retard (Sinacten) 1 fiolă a 25 mg la 3—4 zile interval. În continuare se administrează prednison 5—10 mg/zi. Se asociază doze mici de tiroidă (0,01 g pe zi, 4—5 zile pe săptămînă) și testosteron (1 fiolă a 25 mg, de 2—3 ori pe săptămînă). Astenia și apatia se corectează cu anabolizante (Naposim, Madiol, Decadurabolin).

În cazuri grave se recomandă perfuzii i.v. cu glucoză 10%, hemisuccinat de hidrocortizon (100—200 mg/zi), anabolizante în doze mari, vitamine (B_{12}, B_1, B_6, vitamina C, vitamina A), doze mici de insulină.

Se asociază tratament etiopatogenetic.

TETANIA PARATIREOPRIVĂ
(insuficiența paratiroidiană)

Elemente de diagnostic clinic

Tetania acută se caracterizează prin apariția bruscă a contracturilor musculaturii atriale (ticul feței, spasm carpopedal, opistotonus, trismus), spasm diafragmatic, laringian, bronșic, vascular, cu consecințele acestora (dispnee, ictus laringian, hipertensiune arte-

Scanned with OKEN Scanner

rială). Se asociază hipersudorație, agitație psihomotorie, anxietate, colici abdominale.

Forma cea mai frecventă o constituie tetania postoperatorie. Cauze mai rare sînt infecțiile (viroze, febră tifoidă, pneumonie), intoxicații (alcoolism, oxid de carbon, ergotină, beladonă), deperdiție de calciu în sarcină și alăptare (determină forme latente de tetanie), hipovitaminoza D și A.

Diagnosticul clinic se face ușor dar confirmarea de laborator se realizează greu. Există tetanii fără hipocalcemie și hipocalcemii fără spasmofilie. Este de subliniat faptul că apariția contracturilor musculare este influențată nu numai de nivelul calcemiei totale ci mai ales de nivelul calciului ionizat, de nivelul magneziemiei, de raportul Ca/P și Ca/K precum și de pH și de alți factori care modifică raportul dintre excitație și inhibiție la nivelul sistemului neuromuscular. Alcalozele favorizează tetania.

Examinări de urgență

Cele mai utile pentru diagnostic sînt: dozarea calcemiei totale și a fracțiunii ionizabile a calciului seric, dozarea calciuriei și fosfaturiei (scad) și determinarea pH-ului și rezervei alcaline (alcaloză).

Tratament

Tratamentul crizei de tetanie paratireoprivă se face cu: gluconat sau clorură de calciu, sol. 10%, 10—20 ml, injecții i.v. lente, repetate la 2—3 ore interval, timp de 12—24 ore, alternînd cu injecție de sulfat de magneziu sol. 25%, 20—40 ml, injecții i.v., pînă la dispariția spasmelor musculaturii striate și netede. Se asociază sedative (bromură de calciu, fenobarbital). Se recomandă bolnavelor să evite polipneea. Bune rezultate se obțin prin respirarea dintr-o pungă de nylon, aplicată etanș asupra gurii și orificiilor nazale.

Se continuă cu administrarea de calciu per os (clorură de calciu 1—2 g/zi, lactat de calciu, 6—10 tablete a 0,5 g/zi), asociat cu vitamina D_2 (600.000 u.i. la 20—30 zile interval, i.m. sau doze mai mari per os). Pentru realizarea unei ușoare stări de acidoză, favorabilă acțiunii calciului, se recomandă clorură de amoniu (10 g/300 ml apă, 4—6 linguri pe zi). Se obțin efecte bune și de durată prin AT_{10} (Tahistin) per os, în doză de 3×15—20 picături pe zi, asociat cu vitamina D_2 (100.000—400.000 u.i./zi).

În spasmul laringian prelungit, refractar la tratament, poate fi necesară traheostomia.

Scanned with OKEN Scanner

DIABETUL INSIPID

Constituie urgențe medicale, formele grave care realizează deshidratări excesive.

Poliuria atinge proporții neîntîlnite în nici o altă boală (în medie 10—15 l/zi). Urina are densitate mică, uniformă și nu conține elemente patologice.

Polidipsia este secundară poliuriei. Setea nu poate fi stăpînită. Se ingeră 10—40 l apă pe zi.

Poliuriile masive determină deshidratări mari cu consecințe cardiovasculare și neuropsihice (cefalee, dureri musculare, hipo- sau hipertermie, tahicardie, tulburări psihice).

Diabetul insipid apare în leziuni și afecțiuni craniocerebrale, care interesează regiunea hipotalamohipofizară, hipofiza posterioară, nucleii supraoptici (traumatisme craniocerebrale, tumori, encefalite). Mai poate surveni în dereglări funcționale ale sistemului supraopticoretrohipofizar și în cazul lipsei de răspuns a rinichiului la acțiunea hormonului antidiuretic (aldosteronism, hipercalcemie, hipopotasemie, nefropatii tubulare).

Examinările utile în urgență sînt: densimetria urinilor (densitatea scade sub 1005), hematocrit, ionogramă, punctul crioscopic și rezistivitatea electrică a plasmei.

Tratament

Se face echilibrare hidroelectrolitică cu soluție clorurată izotonică, glucoză 5%, în raport cu volumul diurezei, hematocrit și ionogramă.

Tratamentul substitutiv se face cu pulbere de retrohipofiză, pitresină sau hormon antidiuretic. Pulberea de retrohipofiză se dă în doze de 0,05 g, în prize nazale, la 3—5 ore interval. Tanatul de pitresină se administrează în doze de 5 unități, inj. i.m. repetate, cu efect de 12—27 ore. Se au în vedere posibile intoxicații secundare cu apă (grețuri, vărsături, stare de confuzie, cefalee, convulsii) care se combat prin soluții saline hipertone, soluții macromoleculare și diuretice.

Alte medicamente cu efect antidiuretic sînt clorpropamida (Diabinese), Clofibratul și Tegretolul.

Scanned with OKEN Scanner

HEMORAGII OBSTETRICALE ȘI GINECOLOGICE

HEMORAGII GENITALE GRAVIDICE

Criterii de diagnostic clinic

Hemoragiile gravidice trebuie diferențiate de alte hemoragii care pot surveni la femei însărcinate: hemoragii anorectale, uretrovezicale, vulvare (ruptura varicelor perineovulvare, colpite) și cervicale (polipi, cervicite, ulcerații canceroase, displazii deciduale).

Examenul genital (colposcopie, tușeu) este indispensabil pentru diagnosticul originii și etiologiei metroragiei.

Diagnosticul existenței sarcinii se bazează, în perioada inițială, pe date anamnestice: amenoree, sialoree, senzație de tensiune mamară, meteorism, polachiurie, piroze, grețuri, și vărsături matinale. Aceste fenomene pot fi absente sau necaracteristice. Sînt șterse sau lipsesc mai ales în sarcina extrauterină. Începînd din luna III-a apar semne clinice mai evidente de sarcină: hiperpigmentarea areolei mamare, a liniei albe și a vulvei, mameloane turgescente. După luna II—III-a de sarcină, uterul se palpează suprasimfizar.

Gravitatea hemoragiei se apreciază clinic pe baza coloratiei mucoaselor, a frecvenței și amplitudinii pulsului și mai ales a gradului de denivelare tensională.

Metroragiile gravidice constituie totdeauna o problemă de urgență prin consecințele lor asupra mamei și fătului, precum și prin frecventele complicații și perturbări asociate.

Complicații și perturbări asociate

Metroragiile mari determină anemie acută, șoc hipovolemic, insuficiență renală și respiratorie acută.

Șocul grav, cu evoluție rapidă survine de regulă în ruptura uterină, sarcina extrauterină ruptă, apoplexia uteroplacentară bruscă și coagulopatiile cîștigate (fibrinoliză acută, coagulare vasculară diseminată, hipofibrinogenemii). Șocul întreține, în cerc vicios, tulburările de coagulare.

Scanned with OKEN Scanner

Sincopa poate apare în ruptura uterină și în sarcina tubară ruptă.

Insuficiența renală acută complică adesea ruptura uterină, apoplexia uteroplacentară și avorturile septice. Are uneori ca substrat necroza corticală renală, situație în care prognosticul este deosebit de grav.

Moartea intrauterină a fătului survine de regulă în ruptura uterină și apoplexia uteroplacentară.

Coagularea vasculară diseminată și fibrinoliza acută survin frecvent în hemoragiile urmate de stări de șoc și septicemii. Retenția fătului mort favorizează aceste tulburări de coagulare.

Disgravidia tardivă, cu hipertensiune arterială și/sau alte semne de nefropatie, constituie fondul pe care survin uneori decolarea prematură de placentă și apoplexia uteroplacentară.

Embolia pulmonară amniotică este o complicație rară dar gravă a apoplexiei uteroplacentare și rupturii uterine. Determină de regulă sincopă sau stare ireversibilă de șoc.

Necroza hipofizară poate apare în stările prelungite de șoc și în septicemii.

Examinări de urgență

Diagnosticul cauzal al hemoragiei se face clinic.

Pentru aprecierea gravității hemoragiei sînt utile: determinări ale hematocritului, hemoglobinemiei și a numărului de eritrocite.

Dozarea repetată a azotemiei și electroliților serici este necesară pentru diagnosticul insuficienței renale acute și mai ales pentru controlul terapiei acesteia.

Coagulopatiile latente și mecanismul patogenetic al celor clinic manifeste se precizează prin numărarea trombocitelor, determinarea fibrinogenemiei, a adezivității plachetare și a timpului de liză al cheagului.

Examenul bacteriologic și toxicologic al secreției uterine este util în avort, înaintea aplicării măsurilor terapeutice.

Radiografia uterului și dozarea gonadotrofinelor urinare ajută diagnosticul de molă veziculară.

Problemele de diagnostic etiopatogenetic și de tratament în urgențe sînt diferite în raport cu perioada de sarcină sau lăuzie în care apare hemoragia.

Scanned with OKEN Scanner

Iminența de avort. Se manifestă de regulă prin hemoragii mici sau moderate, repetate, însoțite de dureri discrete, necolicative. Frecvent, sîngele expulzat este amestecat cu lichid seros (hidrohematoree).

• *Tratamentul* constă în: repaus complet la pat, hemostatice (Venostat, Dicynone etc.), antispastice și miorelaxante uterine (sulfat de magneziu sol. 25%, 20—30 ml, inj. i.v./24 ore; Scobutil compus, 1 fiolă, inj. i.v. 4—6 ore; papaverină, 1 fiolă a 0,04 g, inj. i.m. la 4 ore sau în perfuzii). În uterul infantil și în insuficiențele ovariene diagnosticate anterior se asociază progesteron 100—250 mg, inj. i.m.

Se evită traumatizarea prin examinări intempestive. Cazul se transportă într-o secție de obstetrică.

Avortul în curs se caracterizează prin accentuarea hemoragiei, expulzia de cheaguri și fragmente ovulare, apariția durerilor ritmice, colicative, de tip expulziv. Volumul uterului corespunde vîrstei sarcinii. Colul uterin este deschis.

Avortul provocat este sugerat de febră, fetiditatea secreției uterine, leziunile traumatice ale colului uterin, reacția pelviperitonitică (sensibilitate, contractură).

• *Tratamentul* este similar cu cel al iminenței de avort. După aplicarea unei perfuzii cu ser fiziologic, glucoză 5% și antispastice (sulfat de magneziu, atropină, Scobutil compus, papaverină) bolnava se transportă cu salvarea, și însoțitor instruit, la cel mai apropiat serviciu de specialitate. În caz de avort incomplet, se asociază uterotone (1 fiolă Ergomet și 1 fiolă Methergin) pentru favorizarea contracției uterine și diminuarea hemoragiei. Tratamentul antibiotic profilactic (Penicilină un milion U. la 6 ore și Streptomicină 1 g/24 ore) este necesar în toate cazurile.

Hemoragiile mari necesită perfuzii de soluții macromoleculare sau transfuzii de sînge.

Golirea uterului și controlul instrumental al cavității uterine se face în servicii de specialitate.

Sarcina extrauterină este evocată de asocierea metroragiei cu dureri colicative intense și mai ales cu episoade de lipotimie sau sincopă. Metroragia este inițial redusă; apare după o scurtă perioadă de întîrziere a menstruației, iar sîngele eliminat este negricios, fără cheaguri. În sarcina tubară ruptă poate apare inundație peritoneală cu stare de șoc.

Scanned with OKEN Scanner

Durerile sînt la început surde, continui, cu exacerbări paroxistice. Se localizează hipogastric, unilateral. În sarcina tubară ruptă, durerile devin violente, se însoțesc de tenesme vezicale și rectale, iradiază la distanță în hipocondrul și umărul drept.

Uterul este mai mic decît cel corespunzător vîrstei presupuse a sarcinii. Se poate constata împăstare și sensibilitate laterocervicală. În inundația peritoneală, corpul uterin pare că plutește în pelvis (semnul Mondor), fundul de sac al lui Douglas este bombat și foarte sensibil („strigătul Douglasului"), prezintă rezistență și împăstare specială (semn Solowij). Se asociază semne de iritație peritoneală.

• *Tratamentul* chirurgical este necesar în toate cazurile. Se impune urgență deosebită cu privire la combaterea durerii, hipovolemiei și șocului prin antialgice (Scobutil compus, petidine, morfină), soluții macromoleculare (Dextran-70, Macrodex sau transfuzii de sînge), oxigenoterapie, analeptice, medicație stiptică.

Bolnava se transportă în decubit dorsal ușor înclinat, cu capul mai jos (poziție Trendelenburg), cu însoțitor calificat și asigurarea continuării tratamentului în cursul transportului.

Sarcina cervicală ruptă, cu hemoragie severă, necesită tamponament local cu meșă îmbibată în apă oxigenată și soluție de trombină.

Actul operator trebuie efectuat cît mai urgent și însoțit de măsuri energice de terapie intensivă. Pînă la intervenție, hemostaza se poate asigura prin pensarea arterelor uterine sau aplicarea de pense Museaux pe col plicaturat.

Mola veziculară se manifestă prin hemoragii capricioase, cu sînge roșu amestecat cu secreții seroase, cu tendință la repetiție și accentuare progresivă. Durerile lipsesc. Apare treptat anemia gravă.

Uterul este moale și mai mare decît cel corespunzător vîrstei sarcinii. La palpare există impresia tactilă de plenitudine a întregului organ. Lipsesc zgomotele fetale. Coexistă adesea chiste ovariene voluminoase.

• *Tratamentul* de urgență este simptomatic. Bolnava se internează pentru intervenție chirurgicală (chiuretaj, histerectomie). Se dispensarizează cazul pentru a surprinde la timp eventuala apariție a corioepiteliomului. Cînd se apreciază existența unui risc crescut pentru corioepiteliom (evoluția clinică, examinări hormonale) se indică histerectomie preventivă.

Scanned with OKEN Scanner

Inserția joasă a placentei (placenta praevia) constituie cauza cea mai frecventă a hemoragiilor tardive de sarcină. Placenta jos inserată (centrală, marginală, laterală) determină de regulă metroragii recidivante care anemiază treptat gravida. Hemoragia este adesea unicul semn, survine fără nici o cauză aparentă (uneori în somn), iar sîngele expulzat este roșu-arterial. Rareori hemoragia este abundentă de la început dar evoluția acesteia este imprevizibilă. Hemoragia poate fi agravată prin examen genital imprudent sau alte traumatisme.

Palparea abdomenului constată uter suplu, necontractat, așezare transversală a fătului sau prezentație sus situată deplasată spre una din fosele iliace.

La tușeul vaginal, făcut cu maximum de prudență, se descoperă uneori, în fundul de sac lateral, o masă spongioasă, neregulată, care pulsează („salteaua placentară" și „pulsul vaginal"). Se interzice explorarea canalului cervical (risc major de hemoragie).

• *Tratamentul* vizează, în primul rînd, asigurarea hemostazei. Se comprimă moderat craniul fetal prin intermediul peretelui abdominal și se administrează medicație stiptică. Se asociază tratament antișoc și de refacere a volemiei. Se impune imobilizarea imediată și absolută a gravidei și transportul urgent al acesteia, cu însoțitor instruit, într-un serviciu de obstetrică bine dotat.

Atitudinea terapeutică depinde, în continuare, de intensitatea hemoragiei, starea clinică a mamei, varietatea de placentă praevia, starea colului uterin, viabilitatea fătului. În raport cu aceste elemente, specialistul poate decide: imobilizarea și supravegherea atentă a gravidei, secțiunea cezariană, versiunea mixtă Braxton-Hicks.

Decolarea prematură de placentă normal inserată cu hematom retroplacentar apare mai frecvent la bolnave cu disgravidie tardivă (hipertensiune arterială, proteinurie, edeme), uneori după traumatisme.

Metroragia se instalează progresiv. Sîngele expulzat are culoare închisă-negricioasă. Durerile sînt moderate, necaracteristice.

Apariția apoplexiei uteroplacentare se traduce prin dureri hipogastrice intense, colicative. Metroragia este moderată. Se asociază uneori stare de șoc și sindrom de coagulare vasculară diseminată. Uterul este hiperton, uneori în stare de contractură tetaniformă. Segmentul său inferior se află în stare de tensiune și colul uterin este adesea dehiscent. Bătăile cordului fetal sînt aritmice sau absente.

Scanned with OKEN Scanner

• *Tratamentul* decolării premature de placentă și apoplexiei uteroplacentare are ca obiective principale: oprirea hemoragiei, prevenirea și tratamentul șocului, salvarea mamei și, pe cît posibil, a copilului.

Se preferă naşterea pe cale naturală, dar poate fi necesară intervenția cezariană și, rareori, histerectomia totală.

Coagulopatiile asociate se tratează, în funcție de mecanismul lor de producere și sub control strict de laborator, cu antifibrinolitice (Trasylol, Zymofren, EACA), fibrinogen sau heparină (p. 165).

Se face profilaxia infecțiilor cu antibiotice și se tratează complicațiile (anemie severă, insuficiență renală acută).

Ruptura uterină este favorizată de cicatricile uterine, distociile de col și de bazin. Iminența de ruptură se caracterizează prin durere violentă, metroragie minimă și stare de șoc. Uterul este inițial hiperton. După instalarea rupturii, uterul se deformează luînd formă de clepsidră sau apar două tumori în abdomenul inferior (uterul și fătul). Apare apărarea musculară hipogastrică. Dispar bătăile cordului fetal.

• *Tratamentul* constă în intervenție chirurgicală de urgență (histerorafie, histerectomie subtotală) în condiții de terapie intensivă. Iminența de ruptură se tratează cu combinații de spasmolitice și, în caz de ineficiență, prin secțiune cezariană.

Deșocarea și administrarea de antibiotice cu spectru larg (Solvocilin, Gentamicin, Ampicilină) sînt măsuri terapeutice esențiale,

Hemoragiile din perioada delivrenței (perioada deslipirii placentei, perioada a treia a nașterii)

Diagnosticul se bazează pe caracterele hemoragiei și pe examenul uterului.

Hemoragia este adesea abundentă, cu sînge rutilant, eliminat „în jet“ sau cu cheaguri, survine la începutul expulziei sau după minute sau ore de la expulsia fătului, apare mai frecvent la primipare cu disgravidii și/sau după aplicarea unor manevre obstetricale de extracție (versiuni, procedeu Credé). Cantitatea de sînge pierdută depășește totdeauna pe cea fiziologică (300—500 ml). Sîngerarea este uneori moderată și prelungită, poate să nu se exteriorizeze, manifestîndu-se prin semne de anemie acută sau stare de șoc.

Uterul este moale și mărit spre deosebire de uterul contractat, ca un glob de consistență fermă („glob de siguranță“) care apare în caz de tonicitate și hemostază normală.

Scanned with OKEN Scanner

Etiopatogenetic, hemoragiile de delivrență sînt determinate în marea majoritate a cazurilor de neexpulzarea placentei decolată parțial, resturi placentare și/sau hipotonie uterină. În perioada delivrenței mai pot apare hemoragii prin leziuni traumatice ale vulvei, vaginului, colului sau uterului și, rareori, prin coagulopatii cîștigate (hipofibrinogenemie, fibrinoliză acută, coagulare vasculară diseminată).

Placenta decolată parțial și neexpulzată determină hemoragie abundentă care urmează imediat expulziei fătului și se însoțește frecvent de șoc hipovolemic. Uterul este hipoton, necontractat.

• *Tratamentul* constă în evacuarea manuală a placentei neexpulzate, controlul integrității uterine (mai ales starea segmentului inferior), masaj uterin și uterotone (Ergomet, Methergin, Oxistin) și eventual tamponament uterovaginal pînă la realizarea globului de siguranță. Se asociază măsuri terapeutice de hemostază și reanimare.

Resturile placentare împiedică hemostaza și produc hemoragii variabile cantitativ. Examenul atent al placentei expulzate depistează lipsa integrității sale.

• *Tratamentul* constă în evacuarea manuală a fragmentelor placentare, medicație uterotonă și antibioterapie.

Hipotonia și atonia uterină survine în malformații congenitale ale organului, fibrom sau fibromatoză uterină, infecții amniotice, supradistensii uterine prin sarcini mari, la multipare și după travaliu prelungit. Uterul aton apare moale și mărit. Nu se realizează globul de siguranță. Hemoragia este mare și persistentă.

• *Tratamentul* de urgență se face cu uterotone și masaj uterin. Hipotonia segmentului inferior necesită compresiunea acestuia pe pube.

Hemoragiile traumatice prin leziuni ale vulvei, vaginului și colului uterin se depistează prin examen local, cu valvele.

• *Tratamentul* constă în tamponament compresiv, ligatura și/sau sutura vasului și țesuturilor lezate, medicație hemostatică.

Coagulopatiile cîștigate apar în apoplexie uteroplacentară, emboliile amniotice, retențiile de făt mort și în stările prelungite de șoc. Se manifestă clinic prin hemoragii uterine mari, fără cheaguri, asociate frecvent cu hemoragii cu alte localizări (hemoragii digestive, hematurie, epistaxis) și urmate de stări grave de șoc. Uterul este contractat fiziologic.

• *Tratamentul* de urgență se realizează prin transfuzii mari de sînge efectuate pe căi multiple, deșocare și măsuri terapeutice etiopatogenetice, aplicate sub strict control de laborator.

Scanned with OKEN Scanner

Hipofibrinogenemiile necesită administrare de fibrinogen sau transfuzii de plasmă.

Fibrinoliza acută se tratează cu antifibrinolitice (Iniprol, Zymefren, Trasylol, EACA) și deșocare. Utilizarea sistematică a inhibitorilor fibrinolizei este periculoasă.

Coagularea vasculară diseminată necesită heparinoterapie.

În cazuri foarte grave este necesară histerectomia hemostatică.

Hemoragiile din perioada lăuziei precoce

Resturile placentare, cauza cea mai frecventă a hemoragiilor din această perioadă, sînt sugerate clinic de metroragiile variabile cantitativ, însoțite de dureri colicative, anemie și febră moderată (37,5°—38°C). Uterul este mare, moale, sensibil la presiune, cu involuție întîrziată. Colul rămîne deschis.

• *Tratamentul* se realizează prin evacuare instrumentală sub protecție de antibiotice.

Endometritele postpartum evoluează cu hemoragii precoce, însoțite de dureri abdominopelviene permanente și febră. Uterul este mare, dureros, cu col închis.

• *Tratamentul* constă în doze mari și asociații de antibiotice. Chiuretajul sistematic este riscant (perforații, diseminarea infecției, favorizarea sechelelor). Este necesar în endometritele întreținute de resturi placentare.

Flebotrombozele pelviene sînt cauze rare de metroragii persistente, însoțite de polachiurie, edem vulvar, subfebrilități, tahicardie. Uterul este involuat, indolor, cu col închis.

• *Tratamentul* se face cu anticoagulante, și combaterea unei eventuale inflamații asociate (endometrită, metroanexită, pelviperitonită).

HEMORAGII GINECOLOGICE

Elemente de diagnostic și particularități clinice legate de substrat

Diagnosticul de hemoragie ginecologică se face după excluderea prealabilă a hemoragiilor gravidice, hematuriei și rectoragiei.

Hemoragia uterină se poate manifesta sub forma menoragiei (menstre abundente), hipermenoreei (menstre prelungite), metroragiei (hemoragii survenite în afara perioadei menstruale) sau me-

Scanned with OKEN Scanner

nometroragiei. Sîngerarea poate apare ca simptom clinic unic, major, sau însoțește o afecțiune organică genitală cunoscută sau evidentă la examenul local.

Constituie probleme de urgență hemoragiile abundente, prelungite sau repetate, care determină anemie gravă sau șoc hipovolemic.

Hemoragiile ginecologice pot fi determinate de leziuni organice vulvare, cervicale (cervicite, cancer, polipi), uterine (fibromiom, polipoză, cancer, endometrită) sau anexiale (parametrite, anexite, salpingite, tumori ovariene). Sîngerările mai pot fi de origine dishormonală-disfuncțională (insuficiență estrogenică, mai rar luteală) sau de cauză generală (sindroame hemoragipare).

Vîrsta bolnavei și examenul genital orientează diagnosticul etiopatogenetic.

În perioada de activitate genitală cele mai frecvente cauze de hemoragii abundente sînt: fibromiomele, cancerul de col uterin, cervicitele, cancerul uterin și ovarian, endometritele și metropatia hemoragică dishormonală.

Leziunile colului uterin pot determina menoragii sau metroragii abundente și dureroase, însoțite de dispareunie (cervicite, polip endocervical) sau metroragii indolore asociate cu leucoree fetidă (cancer de col uterin). Cancerul de col uterin, tumoare bine vascularizată și friabilă, determină adesea hemoragii foarte mari prin ulcerații și/sau eroziuni vasculare. Tușeul vaginal și colposcopia orientează diagnosticul etiologic.

Fibromiomul uterin provacă menometroragii repetate sau persistente, cu cheaguri. La examenul local se constată uter mare și boselat. În caz de torsiune sau necrobioză se asociază dureri intense.

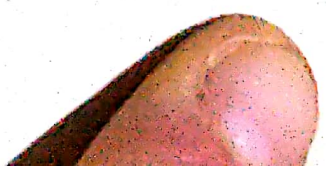
Cancerul uterin și endometritele determină hemoragii persistente, cu agravare progresivă. Evoluează cu uter mare și regulat.

Polipii intrauterini provoacă hemoragii recidivante însoțite de dureri de tip exploziv.

Cancerul și chistul ovarian pot cauza hemoragii grave, bruște și abundente.

Metropatia hemoragică evoluează cu hemoragii mari și persistente. Lipsesc leziunile organice locale. Deficitul de estrogeni determină mai frecvent hemoragii bruște și abundente, iar insuficiența luteală cauzează mai des metroragii persistente și recidivante.

În perioada pubertară, cele mai frecvente menoragii mari și recidivante sînt cele de origine dishormonală.



Scanned with OKEN Scanner

Sarcoamele uterine și sindroamele hemoragipare sînt cauze rare de metroragii.

Tumorile ovariene se însoțesc de semne de pubertate precoce.

În perioada de menopauză și postmenopauză, metroragiile sînt cauzate frecvent de fibromiom, cancerul de col și corp uterin, disfuncții hipofizoovariene.

Conduită și tratament de urgență

Hemoragiile grave, indiferent de etiologie, se tratează de urgență cu medicație uterotonă (Ergomet, Methergin, Oxistin), mijloace terapeutice vasoconstrictoare și hemostatice (Adrenostazin, Venostat, tamponament uterovaginal cu mesa îmbibată în apă oxigenată și soluție de trombină sau fibrină, eventuală sutură a unui vas cervical erodat, transfuzii de sînge sau plasmă).

Bolnava se transportă în cel mai apropiat serviciu de specialitate, cu însoțitor instruit.

Intraspitalicesc se pot aplica la nevoie: chiuretaj hemostatic, electrocoagularea suprafeței sîngerînde, ligatura arterei hipogastrice, histerectomie subtotală hemostatică. În continuare se efectuează explorări complementare necesare diagnosticului cauzal și tratament etiopatogenetic corespunzător (intervenție chirurgicală, tratament hormonal etc.).

Scanned with OKEN Scanner

CEFALEEA ŞI MIGRENA

Constituie probleme de urgenţă medicală cefaleele violente care apar ca simptom iniţial sau dominant al unor boli, precum şi acelea care evoluează în accese, manifestîndu-se ca suferinţe primare, de sine stătătoare. Astfel de situaţii se pot întîlni în: migrenă, tumori cerebrale, hematom posttraumatic (epidural sau subdural), hemoragie subarahnoidiană, abces cerebral, meningoencefalite virale, meningite cocice, cefaleea histaminică, cefaleele din arterita temporală, glaucomul acut, sinusite, hipertensiuni arteriale paroxistice, cefaleea din intoxicaţii (alcool, nicotină, oxid de carbon, nitriţi) şi mai rar cefaleea vasomotorie şi cea psihogenă.

Deseori cefaleea violentă care necesită asistenţă medicală de urgenţă survine pe fondul unei cefalei cronice, motiv pentru care în cele ce urmează se are în vedere cefaleea în general, insistînd asupra aspectelor de urgenţă medicală.

Criterii de diagnostic clinic

Examinarea metodică a bolnavului este necesară pentru precizarea etiopatogenezei cefaleei, problemă esenţială de diagnostic, de a cărei rezolvare depinde aplicarea unei terapii eficiente. Operaţiunea este adesea dificilă, necesitînd din partea medicului conştiinciozitate, experienţă, perseverenţă.

În *antecedentele heredocolaterale* se caută migrena şi cefaleea idiopatică (vasomotorie, psihogenă), afecţiuni cu posibil caracter familial.

Din *antecedentele personale* se iau în considerare, în primul rînd, traumatismele craniene recente (comoţie, contuzie, fisuri osoase, hematom intracranian, hemoragie subarahnoidiană) şi mai îndepărtate care au putut lăsa sechele (arahnoidite, hidrocefalie, cerebrastenie posttraumatică).

Ancheta privitoare la condiţiile de muncă şi la modul de viaţă permite depistarea unor factori etiologici ai cefaleei: intoxicaţia cu

Scanned with OKEN Scanner

oxid de carbon, intoxicația cu plumb, alcoolism acut și cronic, abuzul de cafea, fumatul excesiv, intoxicații medicamentoase (nitroglicerină, teobromină, bromuri, barbiturice), nerespectarea raportului igienic între activitate și destindere.

Cunoașterea temperamentului și a reacțiilor afectiv-emoționale în cursul situațiilor conflictuale și în general a personalității bolnavului este necesară pentru precizarea rolului pe care-l au factorii psihici în producerea cefaleei.

Vîrsta la care survine criza cefalalgică este orientativă pentru diagnostic.

În copilărie vin mai ales în discuție miopia, arahnoiditele cronice (sechele ale unor meningoencefalite fruste), formele minore de epilepsie, tumorile cerebrale (blastoame), verminozele, vegetațiile adenoide.

La adolescență debutează deseori migrena esențială și cefaleea vasomotorie idiopatică.

La femeile tinere cele mai frecvente cauze de cefalee sînt: dismenoree, hipotensiunea arterială sistemică sau regională cerebrală și nevrozele.

În sau după deceniul al V-lea al vieții, cefaleea are adesea cauze vasculare (hipertensiunea arterială sistemică sau regională cerebrală, hipertensiune paroxistică, arterioscleroză cerebrală, hemoragie subarahnoidiană, insuficiență circulatorie cerebrală intermitentă), cauză vertebrală (cervicartroză, sindrom Barré—Liéou), tumorală.

Localizarea durerii oferă indicații asupra originii acesteia.

Durerea este superficială în leziunile țesuturilor exocraniene (celulite, nevralgii, arterită temporală, traumatisme).

În afecțiunile endocrine, durerea este profundă, fiind proiectată la distanță de leziune. Astfel, sinusita etmoidală și sfetmoidală provoacă dureri temporoparietale. Durerea pornită de la sinusul longitudinal superior este resimțită în regiunea auriculară. Tracțiunea și compresiunea exercitată asupra formațiunilor cortului și coasei creierului determină dureri cu localizare supraorbitară.

Hemicrania evocă migrenă.

Localizarea occipitală a cefaleei se întîlnește mai frecvent în hipertensiunea arterială, nevralgia Arnold, spondiloza cervicală, cefaleea determinată de contractura algică a mușchilor cefei („tension headache").

Localizarea frontotemporală este obișnuită în viciile de refracție oculară (miopie, presbitism, astigmatism).

Scanned with OKEN Scanner

Cefaleea difuză, generalizată, apare în boli generale: anemii, cord pulmonar cronic, intoxicația cu oxid de carbon etc.

Localizarea durerii în vertex sugerează cefaleea psihogenă.

Iradierile durerii sînt semnificative pentru diagnostic cînd sînt constante, situație în care atrag atenția asupra unui proces organic endocranian care se propagă pe anumite structuri sensibile la durere (meninge, nervi, vase).

Analiza calității și intensității cefaleei oferă indicații diagnostice insuficient de precise, durerea fiind percepută și descrisă variabil, în raport cu sensibilitatea individuală.

Durerea este vie, arzătoare, în afecțunile țesuturilor exocraniene. Este surdă, apăsătoare, în leziunile structurilor profunde (inflamații, tumori). Durerile fulgurante sînt caracteristice pentru nevralgiile craniene. Caracterul pulsatil al durerii este sugestiv pentru cefaleea vasculogenă. Durerea constrictivă, în formă de cască, apare mai des în ateroscleroza cerebrală. Durerile de cap foarte intense, care produc insomnii persistente, sînt de regulă de origine organică (tumori infiltrative, meningită luetică). Cefaleea violentă sugerează afecțiuni acute: hemoragie subarahnoidiană, angajarea unei tumori în gaura occipitală, encefalopatia și paroxismele hipertensive, insolații grave. Durerile cu ecou afectiv particular sînt determinate de iritații ale fibrelor simpatice algoconducătoare (cauzalgii).

Orarul durerii poate fi sugestiv pentru diagnostic.

Cefaleea hipertensivilor și cea din cervicartroză apare spre dimineață, trezind bolnavul din somn. În sinusite, cefaleea apare uneori cu regularitate la orele 10—11. Cefaleea cardiacilor decompensați, mai ales aceea a cardiopulmonarilor, are orar nocturn, bifazic.

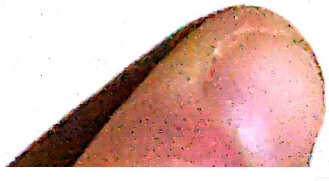
Factorii care favorizează, declanșează sau atenuează durerea de cap oferă indicii valoroase pentru diagnosticul etiopatogenetic.

Expunerea la frig și curenți de aer exacerbează nevralgiile craniene și cefaleea din fibromiozite și cervicartroză.

Factorii meteorologici (schimbări bruște de temperatură, umiditate, ionizarea atmosferică) influențează evoluția cefaleei vasomotorii idiopatice, a migrenei și a celei din spondiloză.

Cefaleele care preced sistematic perioadele menstruale recunosc factori patogenetici endocrini (insuficiență ovariană) sau vasculari (migrenă, cefalee vasomotorie).

Eforturile de scris și citit declanșează cefaleea determinată de tulburări de acomodare vizuală.



Scanned with OKEN Scanner

Eforturile care realizează efectul Valsalva (ridicare de greutăți cu torace în inspirație, defecație, tuse, strănut) accentuează cefaleea din sindromul de hipertensiune intracraniană.

Efectul prompt al derivaților de ergotamină servește ca probă de diagnostic pentru migrena esențială și alte cefalee cu caracter migrenos: cefaleea vasomotorie idiopatică, cefaleea jumătății inferioare a feței („lower half headache") și eritermalgia cefalică.

Evoluția cefaleei constituie uneori un element valoros de diagnostic.

Cefaleea poate să fie paroxistică sau cronică, persistentă sau recidivantă. Paroxismele cefalalgice sugerează nevralgiile craniene, migrena, crizele de hipertensiune arterială, cefaleea histaminică și cefaleea vasomotorie idiopatică. Evoluția este capricioasă în cefaleea psihogenă și, în general, progresivă în tumorile cerebrale.

Examenul fizic trebuie să fie complet chiar și în cazurile în care cefaleea pare să fie simptom izolat. Examenul craniului și feței este de primă importanță. Examenul organelor de simț și cel neuropsihic sînt indispensabile pentru diagnostic.

Examenul clinic general poate depista boli generale determinante sau favorizante ale cefaleei: cardiovasculare (hipertensiune sau hipotensiune arterială, stenoză mitrală, pericardită constrictivă, insuficiență cardiacă congestivă), respiratorii (afecțiuni bronhopulmonare și pleurale însoțite de insuficiență respiratorie), mediastinale (strumă, tumori), abdominale (colecistatonie, litiază biliară, hepatopatii cronice, enterocolopatii, tumori carcinoide), pelviene (metroanexite, chist ovarian, fibrom uterin), endocrine (discrinii ovariene, hipertiroidism, hipocorticism), renale (glomerulonefrite, pielonefrite).

Simptomele și semnele asociate cefaleei au deosebită valoare diagnostică. Cunoașterea fenomenelor însoțitoare ale cefaleei se realizează îndeosebi prin examen clinic efectuat în perioada cefalalgică.

Crizele de hemicranie premerse de prodoame (mai frecvent „scotom scintilant") și însoțite de grețuri, vărsături și fotofobie sînt tipice pentru migrena esențială. Migrena simptomatică, care are ca substrat boli organice (anevrism de sinus cavernos, angiom, tumoare, epilepsie) se însoțește de semne nervoase de focar: ptoză palpebrală, hemianopsie, anizocorie, pareză facială, nevralgie trigeminală.

Cefaleea histaminică și nevralgia trigeminală se însoțesc, în criză, de tulburări vasomotorii ale feței (eritem, lăcrimare, rinoree).

Scanned with OKEN Scanner

Fenomenele de iritație meningiană sînt sugestive pentru meningite, hemoragie subarahnoidiană și pentru afecțiunile care evoluează cu edem cerebromeningian: encefalopatia hipertensivă, eclampsie, insolație, traumatisme craniocerebrale.

Cefaleea poate fi primul semn de tumoare cerebrală. Durerea de cap este evocatoare pentru acest diagnostic cînd se însoțește de unul sau mai multe dintre următoarele simptome și/sau semne: vome explozive, stază papilară, bradicardie, monopareze, hemiplegii instalate lent, progresiv, pareze faciale, halucinații olfactive sau gustative, scăderea acuității vizuale și mai ales modificarea cîmpului vizual, epilepsie jacksoniană, modificări psihice (dezorientare temporospațială, modificări de comportament, moria, sindrom depresiv, maniacal sau schizoid).

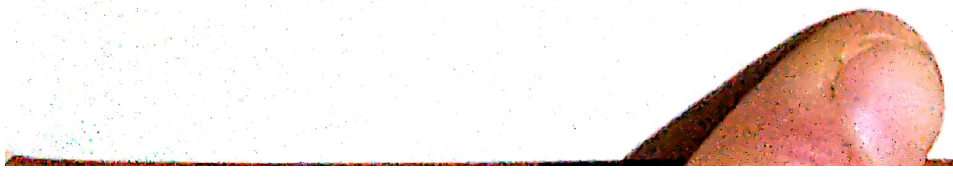
Vertijul însoțește cefaleea din sindromul Barré-Liéou din arterioscleroza cerebrală și din leziunile centrilor și căilor nervoase vestibulare (neurinom acustic, alte tumori de unghi pontocerebelos. otomastoidite).

Poliuria concomitentă sau succesivă crizei cefalalgice evocă migrena, distoniile simpaticotone sau afecțiunile diencefalohipofizare.

Examinările paraclinice. Pe lîngă examinări curente de laborator (examenul urinii, VSH, dozarea ureei sanguine și glicemiei) pot fi necesare, de la caz la caz, explorări speciale: examenul fundului de ochi (tumori cerebrale, retinopatii) și măsurarea tensiunii diastolice din artera centrală a retinei (hipertensiune și hipotensiune regională cerebrală), determinarea cîmpului vizual (tumori cerebrale), măsurarea tensiunii intraoculare (glaucom), otoscopie (otite, furuncul al conductului auditiv extern), examen bucodentar (pulpite, periodontite, abces dentar).

Radiografia craniului poate evidenția calcifieri endocraniene (craniofaringiom, tuberculom), zone de osteoliză (blastoame) sau hiperostoză (meningiom, boală Paget, sindrom Morgagni), voalări ale sinusurilor feței și bazei craniului (sinusită frontală, maxilară, etmoidală, mastoidită), semne de hipertensiune intracraniană (eroziuni osoase, impresiuni digitale, disjuncții de suturi). Radiografia craniului în poziția Stenvers depistează neurinomul acustic în fază terapeutic utilă.

Puncția rahidiană este indicată în cazurile în care există suspiciunea clinică de meningită, dar se contraindică ori de cîte ori se pune problema unei tumori cerebrale, pentru evitarea angajării trunchiului occipital în gaura occipitală. În această situație puncția se face în servicii de neurologie, după oftalmoscopie prealabilă. Cînd se suspectează tumori cerebrale se mai indică: pneumoencefalografie, arteriografie, gamaencefalografie, electroencefalografie.



Scanned with OKEN Scanner

Tratamentul de urgență poate fi antalgic, general și etiopatogenetic.

Cefaleea violentă fără cauză precizată se tratează inițial cu medicamente analgezice uzuale (aspirină, piramidon, aminofenazonă) sau preparate tipizate care reprezintă variate combinații de antialgice și sedative (Codamin, Algocalmin, Fasconal, Sirenon), administrate pe cale orală. În cefaleele cu caracter migrenos se recomandă de la început 2—3 tablete Cofedol, o ceașcă de cafea și o tabletă Antimigrin.

Dacă durerea nu cedează în timp de 15—20 minute, perioadă necesară efectuării examenului clinic, se acționează cu analgezice injectabile (Algocalmin, Antidoren, Ketazon) în cefaleea propriu-zisă; infiltrații locale, în punctele Valleix corespunzătoare sau în zona durerii maxime, cu 10—20 ml xilină 1%, derivați de iminostilben (Tegretol, Carbamazepin) și fenotiazine (Clordelazin) în cefaleele cu caracter nevralgic; sau cu derivați de ergotamină, în inj. i.v. (1 mg hidroergotamină, 0,5 mg tartrat de ergotamină) în cefaleele migrenoase.

Diagnosticul și tratamentul diferențial al unor cefalei acute

Migrena esențială, tipică, se manifestă prin accese de cefalee cu localizare mai frecvent hemicraniană, de intensitate variabilă, cu caracter pulsatil. Crizele încep adesea dimineața și sînt precedate de prodroame: indispoziție, somnolență sau iritabilitate, tulburări vizuale (vedere înceţoşată, scotoame luminoase în formă de stea sau în zig-zag, muște volante). Durerea de cap crește progresiv în intensitate. Bolnavul devine palid, are fotofobie, nu suportă zgomotele și-și caută liniștea prin izolare într-o încăpere întunecoasă. Greţurile și vărsăturile pot apare la începutul, pe parcursul sau numai la sfîrșitul crizei.

În formele atipice, oricare dintre cele trei elemente principale de diagnostic (aura, cefaleea hemicraniană și voma) pot lipsi. Antecedentele familiale migrenoase și efectul ergotaminei constituie, în aceste cazuri, criterii prețioase de diagnostic. Aura vizuală este cea mai frecventă dar poate fi înlocuită cu parestezii în limbă sau degete sau cu fenomene psihice (deprimare, iritabilitate). Durerea de cap poate fi bilaterală. Voma apare uneori numai la sfîrșitul crizei, fiind urmată de dispariția cefaleei.

Se descriu ca echivalențe de migrenă: dureri abdominale asociate cu greţuri, vome și diaree (migrenă abdominală), dureri to-

racice sau pelviene, periodice, croșete febrile, modificări trecătoare ale stării afective (echivalențe psihice migrenoase).

Atonia veziculară, constipația, colonul iritabil, colopatia mucomembranoasă, astmul bronșial și epilepsia temporală se asociază relativ frecvent cu migrena esențială și se înrudesc patogenetic cu aceasta.

Migrena simptomatică are ca substrat leziuni organice cerebrale și se însoțește de semne nervoase de iritație sau deficit. Migrena oftalmoplegică evoluează cu pareze oculomotorii și are, de regulă, ca substrat anevrisme congenitale ale carotidei interne sau ale arterei cerebrale anterioare, localizate la nivelul sinusului cavernos.

Diagnosticul diferențial al migrenei se face cu cefaleea vasomotorie idiopatică, cefaleea histaminică, cefaleea din hipertensiunea arterială, unele nevralgii (glosofaringiană, vidiană, sfenopalatină).

Tratamentul crizei migrenoase trebuie aplicat cît mai curînd posibil.

Inhalația de nitrit de amil în cursul aurei poate aboli tulburările vizuale și preveni criza.

Crizele mici și mijlocii reacționează bine la antialgice: aspirină (5—10 g/zi) și codeină (0,04 g, de 3—4 ori pe zi). Se asociază o ceașcă de cafea și eventual 1—2 tablete Cofedol.

Crizele de gravitate medie și cele severe nu cedează decît la derivați de ergotamină și de hidroergotamină. Injecția i.v. a 1 mg de hidroergotamină metan-sulfonată sau a 0,5 mg tartrat de ergotamină cupează, de regulă, prompt criza. Este utilă asocierea cu Hydergin 1—2 fiole, inj. i.m. sau i.v.

Preparatele de ergotamină cresc tensiunea arterială, motiv pentru care sînt contraindicate la hipertensivi, în angina de piept și insuficiența ventriculară stîngă. Ergotamina este mai puțin eficientă cînd este administrată în inj. i.m. sau pe cale orală. Eficiența ei este maximă la începutul crizei, în inj. i.v. Combinația a 1 mg ergotamină și 100 mg cofeină, realizată de preparatul Cofedol, este sinergică. Se dau 3—4 tablete în 1—2 ore. În caz de vărsături se indică supozitorii cu 2—4 mg ergotamină și 0,10—0,20 g cofeină.

Pentru prevenirea crizelor se recomandă Redergin, DH-ergotoxin în doze de 2 ori 15—25 picături pe zi; Deseryl, 2—3 tablete pe zi. Alte medicamente întrebuințate în crizele migrenoase prelungite și în cură cronică sînt: Fasconal, Cefalofen, Clorfenoxamin, Reglan, Antimigrin, Divascan, Ergolonacid, Clordelazin, Tegretol.

În migrenele simptomatice se asociază tratamentul cauzal.

Scanned with OKEN Scanner

Cefaleea vasomotorie are mecanism de producere și tablou clinic asemănător migrenei. Durerea de cap apare periodic, are localizare și intensitate variabilă, caracter de apăsare surdă, zvîcnire, tracțiune, sfredelire, lovituri de ciocan. Survine mai ales dimineața și se reduce progresiv peste zi. Este influențată adesea de schimbările meteorologice, traume sau stări de tensiune psihică, eforturi fizice. Se asociază deseori cu tulburări vizuale. Este mai frecventă la hipertensivi și hipotensivi decît la normotensivi. Îmbracă rareori caracterul unor paroxisme violente.

• *Tratamentul* este antialgic general (Algocalmin, Fasconal, Codamin, Paracetamol). Se asociază medicație vasoactivă cerebrală (papaverină, Hydergine, sulfat de magneziu, Complamin). Uneori crizele de cefalee vasomotorie reacționează bine la derivații de ergotamină.

Cefaleea histaminică (cefaleea orbitală paroxistică nocturnă, eritemalgia cefalică, „cluster headache") apare mai des la bărbați de vîrstă mijlocie. Bolnavii sînt treziți din somn de o durere violentă cu localizare orbitară și periorbitară, care atinge intensitatea maximă în cîteva minute și cedează uneori și spontan după 15—45 minute. Se asociază cu lăcrimare, senzația de nas înfundat, congestia feței, pulsații ale regiunii temporale omoloage durerii, transpirații. Cefaleea se poate repeta noapte de noapte, săptămîni de-a rîndul.

Diagnosticul se face pe baza manifestărilor clinice tipice și se confirmă prin testul cu histamină. Cefaleea orbitară și fenomenele conexe pot fi provocate prin injecții i.v. a 0,01 mg histamină și se intensifică progresiv, paralel cu creșterea dozei.

Diagnosticul diferențial se face mai ales cu migrena esențială și nevralgia trigeminală. Criza de cefalee histaminică este mult mai scurtă decît cea din migrenă. Lipsește caracterul familial. Nevralgia trigeminală se diferențiază pe baza examenului obiectiv efectuat în criză.

• *Tratamentul* se face cu antihistaminice de sinteză (Romergan, 2—4 fiole a 0,05 g, inj. i.m./zi, Clorfenoxamină, 2—4 tablete a 0,02 g/zi) și infiltrații cu xilină 1% în jurul arterei temporale superficiale. Se recomandă desensibilizare cu doze foarte mici, progresive de histamină. Se elimină eventualele alergene (alimente sau medicamente).

Arterita temporală (boala Horton) apare mai frecvent la bărbați vîrstnici. Se caracterizează prin cefalee intensă predominant nocturnă, cu localizare temporală uni- sau bilaterală. Cefaleea durează săptămîni sau luni, cauzînd insomnie rebelă și stări de epuizare somatopsihică. La examenul local al regiunii dureroase se

Scanned with OKEN Scanner

constată indurația arterei temporale. Artera apare ca un cordon roșu, nepulsatil, foarte sensibil la palpare. Pot fi prinse și alte artere: artera occipitală, artera oftalmică, artera centrală a retinei. Pot apare tulburări de vedere, chiar orbire. Se asociază frecvent sindrom infecțios discret: subfebrilități, astenie, anemie, leucocitoză, creșterea VSH.

• *Tratamentul* constă în infiltrații locale cu procaină sau xilină 1%, 10—20 ml, antialgice (Algocalmin, Antidoren, Fasconal, Paracetamol) și antiinflamatorii nespecifice (Fenilbutazonă, Indometacin). Tratamentul cu glucocorticoizi în doze mari (Prednison 100—150 mg/24 ore) și în cură prelungită (4—6 săptămîni) poate opri evoluția procesului și preveni orbirea.

Sindromul Barré—Liéou (sindrom simpatic cervical posterior) se manifestă prin cefalee occipitală pulsatilă sau lancinantă, vertij, tulburări oculare (scotoame, ambliopie), transpirații, paloare, tahicardie, parestezii faringiene, disfagie, disfonie, zgomote auriculare, nistagmus, tulburări de echilibru. Fenomenele sînt declanșate de rotarea și flexia capului. Pot fi urmate de derobări („drop attacks") și cădere, fără pierderea cunoștiinței.

Tulburările pot fi provocate prin manevra Biemond (rotație și flexie maximă a capului).

Sindromul are patogeneză predominant vasculară. Este determinat de compresiunea prin osteofite a arterei vertebrale și nervului vertebral, cu ischemia consecutivă a unor zone din trunchiul cerebral.

• *Tratamentul crizei* constă din: repaus în clinostatism cu capul extins, medicație vasoactivă cerebrală (Hydergine, 1—2 fiole inj. i.v.; papaverină, 2 fiole a 0,04 g inj. i.m. sau i.v.; sulfat de magneziu sol. 25%, 10—20 ml. inj. i.v.; Complamin 300—1500 mg în perfuzie lentă i.v.) și doze mici de neuroleptice (Tioridazin, Levomepromazin, Clordelazin).

În continuare se recomandă tratamentul cervicartrozei (masaj, elongații, Indometacin, Tomanol, balneofizioterapie) și al arteriosclerozei cerebrale (vasoactive, neurotrofice, hipolipemiante).

Migrena cervicală (sindrom Bärtschi—Rochaix) este o componentă a sindromului Barré—Liéou. Se manifestă prin cefalee hemicraniană cu punct de plecare în regiunea cefei, asociată cu ameţeli și tulburări vizuale. Obiectiv, se constată sensibilitate la palpare paravertebrală și contractura musculaturii cefei. Rareori se asociază sindrom Claude Bernard-Horner unilateral. Sindromul se produce prin iritarea simpaticului cervical și compresiunea arterei vertebrale (insuficiență circulatorie vertebrală intermitentă).

Scanned with OKEN Scanner

• *Tratamentul* se face cu derivați de ergotamină (tartrat de ergotamină, Cofedol) și medicamente vasoactive cerebrale.

Cefaleea psihogenă este mai frecvent cronică-recidivantă, difuză sau „în cască", uneori cu localizare în vertex, moderată. Se poate accentua uneori în crize. Legătura cu psihotraumele sau stările de tensiune psihică nu este întotdeauna evidentă. Poate fi determinată exclusiv de factori psihici sau să fie o componentă patogenetică în: cefaleea hipertensivilor, sindromul Barré—Liéou, cefaleea prin contractura mușchilor cefei, cefaleea vasomotorie și în cea apărută după traumatisme craniene (sinistroză).

• *Tratamentul* crizelor cefalalgice legate de stress-uri psihice se face cu tranchilizante (Diazepam, Nitrazepam, Napoton), timoleptice (Levomepromazin, Tioridazin) și sedative (bromură de calciu, sulfat de magneziu), Psihoterapia ocupă loc primordial în tratament.

Cefaleea prin contractura mușchilor cefei („tension headache") apare la șoferi, dactilografe, muncitori care lucrează în condiții de încordare nervoasă și imobilizare. Se manifestă ca redoare dureroasă a cefei și tulburări oculare care cedează prin mobilizarea gîtului și masaj.

• *Tratamentul* constă în fizioterapie, masaj, gimnastică medicală, miorelaxante (Clorzoxazonă, Mydocalm) și tranchilizante (Diazepam, Napoton).

GLAUCOMUL ACUT

Diagnostic. Glaucomul debutează în accese prodromale (începătoșarea vederii după oboseală și stări de tensiune nervoasă), cefalee, senzația de cercuri colorate la privirea într-o sursă luminoasă. Pe fondul glaucomului cronic congestiv pot apare atacuri acute (glaucom acut): cefalee violentă, grețuri și vărsături, fotofobie, vedere redusă, îndurarea globului ocular. Apare congestia conjunctivei mai ales în jurul corneei, opacifierea masivă a corneei, midriază maximă.

• *Tratament.* Se asociază sedative generale (Fenobarbital, Romergan), salidiuretice (Ederen, Furosemid), instilații oculare cu miotice hipotonizante: pilocarpină 2% sau ezerină 0,25 ctg%, tot la 5 minute, 15 minute, apoi tot la 30 minute, pînă la reducerea atacului.

Cazul va fi îndrumat spre cel mai apropiat serviciu de specialitate.

Scanned with OKEN Scanner

NEVRALGII, NEVRITE, RADICULITE, CAUZALGII

Criterii generale de diagnostic

Nevralgia este un sindrom clinic caracterizat prin paroxisme dureroase, localizate în teritoriul de distribuție al unui nerv senzitiv sau senzitivomotor, cranian sau rahidian. Între crize poate persista durere atenuată, continuă.

Simpatalgia este determinată de atingerea fibrelor amielinice, algoconductoare ale căilor sistemului simpatic. Se manifestă prin dureri persistente, difuze, cu caracter de arsură chinuitoare și tulburări concomitente vegetative și trofice. Durerea evoluează fără paroxisme nete, dar are ecou afectiv particular.

Cauzalgia se realizează prin iritația fibrelor simpatice vasodilatatoare și vasotrofice. Se manifestă prin crize de dureri atroce, cu iradieri largi, însoțite de fenomene vasculotrofice locale (piele umedă, roșie, lucioasă, subțiată, cu edem cronic unghii striate și redori articulare) și tulburări psihice de tip anxiodepresiv. Se manifestă mai des sub forma eritromelalgiei.

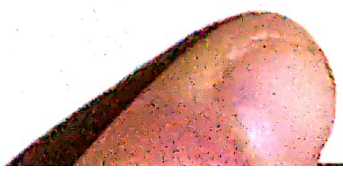
Nevrita (nevraxita), afecțiune inflamatorie sau toxialergică a unui nerv cerebral sau rahidian, se manifestă prin simptomatologie paralitică sau algică localizată și persistentă, caracteristică nervului afectat.

Nevrodocita reprezintă suferința determinată de afectarea inflamatorie a unui nerv care străbate un canal osos, osteofibros sau aponevrotic. Are manifestări clinice, algice și motorii.

Nevromul constă în proliferarea tumorală a unui nerv. Se manifestă prin dureri insuportabile declanșate prin microtraumatisme.

Polinevrita, afecțiune a nervilor periferici, mai frecvent bilaterală și simetrică, localizată predominant la extremități, de cauză infecțioasă, toxică sau carențială, se manifestă clinic prin dureri nevralgice însoțite adesea de tulburări motorii, vasculare și/sau trofice.

Poliradiculonevrita este expresia afectării rădăcinilor nervilor cranieni sau rahidieni. Se manifestă clinic prin tulburări senzitivomotorii cu localizarea rizomielică. Tulburările de sensibilitate



Scanned with OKEN Scanner

sînt de tip radicular. Se însoțesc de modificări ale reflexelor osteotendinoase, tulburări trofice (amiotrofii segmentare) și vegetative. Disociația lichidiană albuminocitologică este patognomonică pentru diagnostic.

Neuromiozita și polineuromiozita sînt afecțiuni inflamatorii nesupurative ale mușchilor cu coafectarea trunchiurilor nervoase. Se manifestă prin dureri la compresiunea maselor musculare, parestezii, nevralgii continui și paroxistice, tulburări obiective de sensibilitate de tip distal, deficite motorii, amiotrofii nesistematizate și areflexie osteotendinoasă, mai ales achiliană.

Diagnosticul implică:

- stabilirea caracterului nevralgic al durerii și diferențierea nevralgiei de durerile produse prin afectarea altor structuri anatomice (vase, articulații, oase, țesuturi periarticulare, țesut celular subcutanat, mușchi, viscere);
- precizarea nervului afectat și a sediului leziunii;
- diagnosticul formei clinice și a etiopatogenezei nevralgiei;

Durerea nevralgică apare în accese, pe fond dureros continuu, sau intercalate de perioade de acalmie, are caracter de arsură, sfîșiere sau tracțiune, este localizată în teritoriul de distribuție al unuia sau mai multor nervi cranieni sau rahidieni (somatici și/sau vegetativi), poate fi provocată de presiunea punctelor lui Valleix corespunzătoare nervului afectat și se exacerbează la excitații exogene și endogene. Nevralgia poate fi însoțită de manifestări motorii, tulburări de reflexe, modificări vasomotorii și secretorii. În formele grave apar tulburări psihice de tip anxiodepresiv cu tendință la suicid.

Diagnosticul diferențial se face cu durerile de altă origină: vasculare (arteriale, venoase, limfatice), osteoarticulare (artrite, artroze, gută, traumatisme, osteoporoză etc.), periarticulare (periartrită, tendinita, tenosinovita, epicondilita), musculare (miozite. contracturi spasmodice musculare), viscerale etc.

- *Precizarea nervului afectat și a sediului leziunii* se face prin anamneză și examen obiectiv, inclusiv examen neurologic. Anamneza vizează punctul de plecare și iradierile durerii, iar examenul obiectiv constată punctele de maximă intensitate ale durerii, zonele declanșatoare ale acestuia (Trigger-zone) și evidențiază tulburările asociate acesteia. Tulburările motorii (spasme, pareze), senzitive (hiperestezie, anestezie, parestezii), vasomotorii și secretorii (paloare, congestie, edem, lăcrimare, rinoree etc.), precum și modificările reflexelor care includ în arcul lor reflex nervul afectat

Scanned with OKEN Scanner

oferă suficiente elemente de diagnostic pentru localizarea leziunii. Aceste elemente sînt analizate la fiecare tip de nevralgie în parte.

• *Diagnosticul etiopatogenetic* se face pe baza unor particularități ale durerii, a prezenței sau absenței tulburărilor obiective de sensibilitate, motilitate și/sau reflexe din perioada intercritică și prin examen clinic general, examene complimentare, radiologice și biochimice.

Nevralgiile simptomatice sînt acelea în care se poate depista spina iritativă cauzatoare de durere. Originea lor poate fi inflamatorie (nevraxită infecțioasă sau alergică, infecție de focar), traumatică (contuzie, compresiune discală, cicatrice), neoplazică, vasomotorie, dismetabolică (diabet zaharat, hiperuricemie), toxică (alcoolism, tabagism, intoxicații cu Pb, As, Hg), supradozări sau alergii la unele medicamente ca HIN, PAS, rifampicină, solganal, sulfamide etc., carențială (carențe de vitamină B_1, B_6, B_{12}, fier), discrinică (hipertiroidism, b.Addison). Uneori cauze minime pot provoca nevralgii rebele prin efect de sumație a excitațiilor.

Nevralgiile esențiale sînt acele forme în care nu este posibilă identificarea spinei iritative. În aceste cazuri există uneori manifestări similare în antecedentele familiale, alteori condiții de teren care scad pragul de percepere al durerii (nevroze, distonii vegetative, discrinii sau intoxicații clinic latente), perioada intercritică este complet asimptomatică, iar examenul clinic și explorările paraclinice exclud afecțiuni locale sau generale care ar putea coafecta nevraxul, rădăcinile, ganglionii nervoși, tracturile sau nucleii de origine.

Conduita de urgență

Examenul clinic se face în condiții de menajare fizică și psihică a bolnavului. Acesta va fi imobilizat și ferit de acțiunea locală sau generală a excitanților de diverse origini.

În cazul unui prim acces se utilizează unul dintre medicamentele antialgice uzuale, de preferință cel care s-a dovedit eficient într-un acces anterior (aspirină, piramidon, aminofenazonă).

Ori de cîte ori se poate stabili nervul afectat și sediul leziunii se preferă infiltrațiile locale (în punctele Valleix corespunzătoare sau în zona durerii maxime) cu 10—20 ml xilină 1%.

Dacă durerea nu cedează după 20—30 minute se recomandă administrarea injectabilă, în asociație, a unor antialgice (Algocalmin, Antidoren, Ketazon, Tomanol) și sedative (fenobarbital, Ro-

Scanned with OKEN Scanner

mergan, amital, papaverină, Scobutil compus). Se poate recurge în continuare, în formele esențiale rebele, la medicamente de tipul derivaților de iminostilben (Tegretol, Carbamazepin), în asociație cu fenotiazine (Clordelazin, Levomepromazin).

Analgezicele stupefiante se rezervă situațiilor în care durerea este atroce, șocantă și bolnavul nu poate fi internat de urgență. În aceste situații se preferă succedaneele morfinei (Fortral, Sintalgon, Mialgin). Morfina, hidromorfonul, morfina-atropină, hidromorfon-atropină, hidromorfon-scopolamină se utilizează în cazurile extreme.

Spitalizarea de urgență este necesară în formele cu crize dureroase violente, subintrante, refractare la tratament. În cazurile în care nu se cunoaște diagnosticul etiopatogenetic, spitalizarea este recomandabilă, chiar dacă paroxismul dureros a cedat.

Examinări de urgență

Examinările de urgență sînt necesare în special în situațiile în care nevralgiile pun probleme de diagnostic diferențial cu stările de urgență din diverse visceropatii (infarct miocardic, embolie pulmonară, pneumotorace spontan, perforații, colică renală, colică biliară etc.) și atunci cînd presupusa boală cauzală a nevralgiei reprezintă o stare de urgență (intoxicații exogene, fracturi etc.).

NEVRALGII OCCIPITALE

Nevralgia Arnold se manifestă prin dureri cu localizare occipitală, retromastoidiană și la nivelul mușchilor superiori ai cefei, cu maximă intensitate în punctele de emergență ale celui de-al doilea nerv cervical.

Durerea este constrictivă (caracter de ghiară) sau lancinantă. Crește progresiv în intensitate în cursul zilei. Este declanșată de expuneri la frig, emoții, mișcări bruște, pieptănat. Compresiunea punctelor Arnold determină dureri vii.

Forma simptomatică este frecventă (cervicartroză, nevrite, fibrozite, miozite, tumori). Forma esențială este rară.

Diagnosticul diferențial al formelor paroxistice se face cu nevralgia glosofaringiană, trigeminală, alte nevralgii occipitale și sin-

Scanned with OKEN Scanner

dromul Barré—Liéou. Formele cu dureri permanente mimează tabloul cefaleei prin contractura mușchilor cefei.

• *Tratamentul* de elecție constă în infiltrații cu xilină 1%. 10—20 ml și hidrocortizon acetat 0,025—0,050 g sau Boicil în punctele Arnold. Se asociază antialgice (Algocalmin, Fasconal), miorelaxante (Clorzoxazonă), masaj, ionizări cu aconitină, radioterapie antalgică.

Epicrania mediană, variantă clinică a nevralgiei occipitale, se manifestă prin senzații penibile de arsură, înțepături, furnicături și amorțeli în grosimea tegumentelor, la rădăcina părului, în regiunea mediană a pielii capului, înapoia vertexului. Palparea constată zone de induratie sau noduli, expresie a celulitei asociate.

• *Tratamentul* se face prin infiltrații cu xilină 1% și hidrocortizon acetat în punctele Arnold și subcutanat, în zona dureroasă și radioterapie antalgică. Analgezicele comune nu dau rezultate durabile.

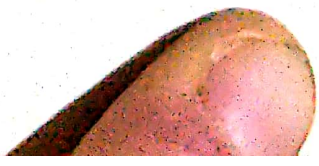
Nevralgia cervicală difuză se manifestă prin dureri în întreaga regiune a cefei, cu senzația de înțepături și constricție nucală Iradierile cervicooccipitale și cervicobrahiale sînt obișnuite. În unele cazuri, durerea este înlocuită de parestezii (notalgia parestezică). Cauzele comune sînt: discartroze, miozite, fibrozite, contractură prelungită a mușchilor cefei prin imobilizarea profesională a capului (șoferi, dactilografe).

• *Tratamentul* constă în masaj și aplicații locale de căldură, miorelaxante, elongații.

NEVRALGII CERVICOBRAHIALE

Constituie un grup eterogen de nevralgii, sub raport etiopatogenetic, clinic și terapeutic. Se manifestă prin dureri și parestezii proximale (cervicoumerale) și/sau distale (brahiale, palmare), de origine radiculară, plexală sau tronculară (median, radial, cubital), urmate de tulburări obiective de sensibilitate, modificări de reflexe osteotendinoase și cutanate, pareze, atrofii musculare, tulburări vasomotorii, vegetative și trofice.

Etiologie. Cervicobrahialgiile sînt determinate mai frecvent de compresiunea și iritația consecutivă a formațiunilor nervoase prin uncartroză, osteofitoză, hernie de disc, aderențe pleurale, hipertonie musculară, laxitate ligamentară, coastă cervicală, traumatisme vertebroumerale, tumori primitive și metastatice (cancer



Scanned with OKEN Scanner

pulmonar și mamar, osteosarcom), anevrisme, fracturi de coastă, morbul lui Pott. Intervin uneori cauze generale (diabet zaharat, hiperuricemii, viroze, intoxicații, infecții de focar) cu rol favorizant sau declanșant.

Tratamentul este etiologic și antialgic (analgezice, infiltrații locale cu procaină sau xilină, fizio- și radioterapie, elongații.

Sindromul cervical inferior constă din dureri și senzații penibile de tracțiune ce iradiază de la ceafă la umăr, braț, cot, antebraț și mînă. Este determinat de spondilartroza cervicală inferioară care îngustează, prin exostoze, a VI-a și a VII-a gaură de conjugare.

Sindromul coastei cervicale cuprinde parestezii și dureri vii pe fața internă a membrului superior, accentuate în decubit dorsal, însoțite de paloare sau cianoză a ultimelor degete, scăderea amplitudinii pulsului și tensiunii arteriale de aceeași parte, la care se adaugă, într-o fază mai avansată, tulburări obiective de sensibilitate, diminuarea reflexului olecranian și atrofia mușchilor mîinii. Palparea fosei supraclaviculare accentuează durerea și evidențiază factorul compresiv — coastă cervicală articulată cu vertebra a VII-a cervicală sau apofiză transversă lungă a vertebrei C_7. Diagnosticul se confirmă radiologic. Tratamentul antalgic se completează cu cel chirurgical în caz de deficit motor.

Sindromul defileului costoclavicular se manifestă prin parestezii și dureri localizate de-a lungul feței interne a membrului superior, cu iradieri largi, incidență nocturnă și exacerbări în inspirație profundă. Se produce prin compresiunea plexului brahial între claviculă și prima coastă. Decompresiunea se realizează prin ablația primei coaste.

Sindromul scalenului anterior evoluează cu paroxisme dureroase nocturne însoțite de tulburări circulatorii locale (paloare, urmată de cianoză a ultimelor degete și scăderea pulsului radial). Mușchiul este sub tensiune și sensibil la presiune. Sindromul se realizează prin compresiunea ramurilor inferioare ale plexului brahial și a arterei subclaviculare, prin mecanismul contracției tonice a scalenului anterior. Tratamentul se face prin infiltrații locale cu xilină și miorelaxante (Paraflex, Mydocalm).

Amiotrofia nevralgică (sindromul centurii scapulare, sindrom Parsonage—Turner) debutează adesea brutal prin nevralgii scapuloumerale urmate de atrofia mușchilor centurii scapulare inervați de plexul brahial. Cea mai frecventă cauză o constituie traumatismele locale (contuzii, luxații). Se tratează cu antialgice, neurotrofice (procaină, Aslavital, vitamină B_6, B_1), fizioterapie.

Scanned with OKEN Scanner

Paralizia dureroasă a brațului este o pseudoparalizie survenită la copii cu subluxații ale capului radial. Brațul este imobil, întins, rotat înăuntru. Rotația externă și supinația produc dureri vii. Tratamentul este ortopedic.

Brahialgia parestezică nocturnă este un sindrom care survine mai ales la femei în perioada climacteriului. Se manifestă prin dureri neliniștitoare, nevrozante și tulburări de percepție. Cauzele sînt variate: hiperlaxitate ligamentară, osteocondroze și osteofitoze vertebrale, polinevrite, tulburări circulatorii periferice. Tratamentul se face cu sedative, tranchilizante, elongații vertebrale, vasodilatatoare.

Metacarpalgia (nevralgia digitală) se manifestă prin dureri vii, exacerbate prin mișcări, localizate la nivelul regiunii distale a spațiului III și IV intermetacarpian, cu iradieri în degetele respective. Apare după traumatisme repetate ale ramurilor senzitive ale medianului și cubitalului. Tratamentul este antialgic și neurotrofic.

Sindromul tunelului carpian apare în leziunile nervului median prin îngroșarea ligamentului carpian transversal, la muncitorii manuali. Constă în parestezii, dureri și tulburări de sensibilitate obiectivă în zona primelor patru degete ale mîinii afectate. Percuția fetei interne a pumnului cu ciocanul de reflexe provoacă disestezii fulgerătoare cu aceeași topografie. Se tratează fizioterapic.

Sindromul Pancoast—Tobias se manifestă prin brahialgii violente și persistente, asociate cu sindrom Horner homolateral și urmate de atrofii musculare. Apare în compresiunile progresive ale plexului brahial și ale lanțului simpatic laterocervical prin tumori ale vîrfului pulmonar și sarcoame osoase. Necesită tratament cu analgezice, stupefiante, radioterapie.

Plexita brahială determină tulburări senzitivomotorii și vegetative cu topografie radiculară (în plexite înalte) sau tronculară (în plexita joasă). Etiologia este traumatică, infecțioasă sau tumorală. Tratamentul este antialgic și cauzal.

Radiculite și poliradiculite predominant brahiale pot apare în viroze, afecțiuni toxicoalergice, meningite, sifilis, hernie de disc, tumori juxtamedulare. Prima expresie clinică o constituie durerile durabile, exasperante, exacerbate de factori care cresc presiunea l.c.r. (tuse, defecație). În metamerul cutanat respectiv apare, cu timpul, hipo- sau anestezie pentru toate tipurile de sensibilitate. Fasciculațiile musculare, abolirea reflexelor osteotendinoase și cutanate segmentare, paraliziile și amiotrofiile sînt fenomene tar-

Scanned with OKEN Scanner

dive. Disociația albuminocitologică lichidiană cu hiperalbuminoză este caracteristică radiculitelor. Tratamentul antalgic (analgezice, infiltrații) se continuă în condiții de spitalizare.

NEVRALGIA INTERCOSTALĂ

Se manifestă prin dureri lancinante de-a lungul unuia sau a mai multor nervi intercostali. Este determinată mai des de contuzii și fracturi costale, pleurite, spondiloză dorsală, expuneri la frig, zona zooster. Tratamentul cu analgezice se completează prin revulsive, infiltrații paravertebrale cu xilină, imobilizare toracică relativă. În formele cu algii prelungite și rebele (apărute după zona zooster) este necesară radicotomia.

NEVRALGIA FRENICULUI

Durerea se întinde de la umăr și gît pînă la baza toracelui homolateral. Se accentuează la tuse, sughiț și inspirație profundă. Punctele frenice, superior (între cele două tendoane de inserție a sternocleidomastoidianului) și inferior (parasternal) sînt dureroase la presiune. Se asociază sughiț și dispnee. Frenalgia poate fi generată de pleurite diafragmatice, pleurezii mediastinale, pneumotorace, mai rar de frenite sau polioencefalite fruste. Tratamentul este cauzal, antialgic general și prin infiltrații în punctele frenice cu xilină sau procaină 1% și Boicil.

NEVRALGIA ABDOMINOGENITALĂ

Durerea se localizează uni- sau bilateral, de-a lungul cordonului inghinal și iradiază în regiunea pubiană, pelviană și zona superointernă a coapsei. Este determinată de iritarea primei ramuri a plexului lombar (originea nervilor marele și micul abdominogenital), prin afecțiuni vertebrale (artroze, traumatisme), intrarahidiene (hematom, tumori) sau paravertebrale (tumori retroperito-

Scanned with OKEN Scanner

neale). Formele esențiale și cele de cauză generală sînt foarte rare. Diagnosticul diferențial se face cu colica renală, sciatica, metroanexite, afecțiuni abdominale și pelviperitoneale diverse. Tratamentul este cauzal, antialgic general sau chirurgical (radicotomie).

NEVRALGIA RUȘINOSULUI INTERN

Se manifestă prin dureri continui și paroxistice, mai frecvent nocturne, localizate în organele genitale externe și perineu, cu iradieri profunde spre rect și anus. Se asociază micțiuni imperioase, dureroase. Paroxismele algice sînt declanșate uneori de ejaculare sau defecație. Forma esențială este frecventă și apare la persoane cu fond nevrotic. Formele simptomatice sînt determinate mai des de cauze locale (pelviperitonite, metroanexite, tumori pelviene). *Diagnosticul diferențial* se face mai ales cu proctalgia anorectală. *Tratamentul* de bază este sedativ, tranchilizant, psihoterapic și cu analgezice majore: Tegretol, Levomepromazin, Clordelazin. Se asociază tratament cauzal. În formele refractare se recomandă alcoolizarea sau secțiunea chirurgicală a nervului.

NEVRALGIA SPERMATICĂ

Durerea apare în paroxisme și este localizată de-a lungul cordonului spermatic și testiculului. Are adesea caracter cauzalgic. Însoțește afecțiunile organice ale cordonului și testiculului (funiculite, orhiepididimite, spermatocistite) sau ale coloanei lombosacrate. Formele esențiale apar în cadrul nevrozei sexuale.

NEVRALGIA CRURALĂ

Durerea este continuă, cu exacerbări, localizată pe fața anterioară a coapsei, cu posibile iradieri pe fața internă a gambei și, mai rar, iradieri profunde în regiunea inghinală și lombară. Poate avea caracter cauzalgic. Zonele dureroase la presiune sînt cele de

la nivelul arcadei crurale, fața anterioară a coapsei, condilul femural intern. Durerea este provocată sau exacerbată prin manevra de hiperextensie a coapsei .Forma simptomatică evoluează cu atrofia cvadricepsului, abolirea reflexului rotulian și tulburări de mers. Cauzele mai frecvente sînt: hernie de disc lombară, artrite coxofemurale și sacroiliace, hernii, adenopatii, anevrisme, afecțiuni inflamatorii și tumorale ale organelor din bazin. Tratamentul este antialgic general, prin infiltrații locale cu xilină și etiologic.

NEVRALGIA FEMUROCUTANATĂ (MERALGIA PARESTEZICĂ)

Se caracterizează prin dureri vii cu exacerbări paroxistice de tip fulgurant și parestezii (amorțeli, arsuri, înțepături) permanente în regiunea superoexternă a coapsei. Pot surveni paroxisme dureroase. Obiectiv, se găsește hipoestezie cutanată. Uneori, presiunea punctelor de emergență ale nervului (între cele două spine iliace anterioare), declanșează dureri violente și parestezii. Există forme pur parestezice sau pur dureroase. Forma esențială este cea mai frecventă; predomină la bărbați de vîrstă mijlocie și este localizată mai des în stînga. Formele simptomatice apar în: spondiloză, morbul lui Pott, traumatisme și tumori ale coloanei vertebrale lombare, tumori uterine, chist ovarian, coxartroză, adenopatii inghinale, radiculonevrite zoosteriene. Diagnosticul diferențial se face cu nevralgia crurală și sciatică. Tratamentul este etiologic, antialgic general, sedativ, psihoterapic și fizioterapic.

NEVRALGIA SCIATICĂ (SCIATICA)

Elemente de diagnostic clinic

Durerea lombară și/sau în membrele inferioare, localizată în teritoriul inervat de nervul sciatic, este elementul fundamental de diagnostic. Apare brusc sau insidios, în regiunea lombară sau numai în teritoriul de distribuție al nervului. Este declanșată de eforturi fizice sau expunere la frig și umezeală și se accentuează la mișcări active și pasive și, uneori, la tuse și strănut.

Scanned with OKEN Scanner

Durerea spontană este mai frecvent unilaterală. Are caracter de tracțiune, torsiune sau arsură. Pe acest fond survin paroxisme de dureri lancinante sau de tip sfîșiere profundă. Durerea iradiază pe fața posteroexternă a coapsei, fața externă a gambei și piciorului, uneori în călcîi.

Durerile provocate se constată prin manevre de elongație a nervului sciatic și prin compresiunea nervului în punctele Valleix corespunzătoare.

Manevrele de elongație ale sciaticului produc dureri vii de-a lungul nervului, oferind criterii importante de diagnostic. Manevra Lasègue constă în flectarea pe bazin, la 45°, a membrului inferior în extensie. Manevra Bonnet constă în flexiunea și adducția forțată a coapsei pe bazin, gamba fiind flectată pe coapsă. Aplecarea trunchiului înainte (manevra Néri) și flexia pasivă a capului la bolnavul aflat în decubit dorsal (manevra Linder) cauzează de asemenea sciatalgii.

Compresiunea provoacă dureri în: punctul lombar, fesier, trohanterian, popliteu, peronier, tibial posterior, maleolar extern, maleolar intern și plantar. Pensarea tendonului achilian și percuția maleolelor sau calcaneului provoacă, de asemenea, dureri.

Atitudinile antalgice se manifestă prin reducerea lordozei fiziologice lombare, scoliază și semiflexia membrului inferior pe bazin și a gambei pe coapsă, în decubit lateral. Mersul nu este posibil în perioada acută. În faza de acalmie, bolnavul merge șchiopătînd, cu gamba semiflectată pe coapsă, piciorul în rotație externă și trunchiul înclinat.

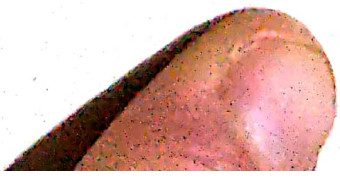
Tulburările obiective de sensibilitate (hiperestezie, hipoanestezie), cu topografie radiculară sau tronculară, depind de gravitatea, natura, vechimea și localizarea leziunii.

Afectarea celorlalte categorii de fibre, motorii și vegetative, ale nervului sau ale ramurilor sale de origine din plexul sacrat explică asocierea altor semne clinice.

Tonusul musculaturii fesiere este scăzut. Se constată coborîrea și ștergerea cutei fesiere.

Testele de pareză (Barré, Mingazini) sînt pozitive, de partea afectată. Reflexul achilian și cel cutanat plantar extern diminuă sau se abolește în cazul compresiunilor nervoase mari și de durată. Se pot asocia tulburări sfincteriene și sexuale.

Atrofia mușchilor gambei și a mușchilor posteriori ai coapsei apare numai în formele cu evoluție lungă.



Scanned with OKEN Scanner

Tulburările circulatorii locale (hipotermie cutanată, cianoză, tegumente umede) apar mai timpuriu decît cele trofice (dispariția pilozității, unghii friabile, retracții tendinoase și aponevrotice).

Diagnostic topografic și etiopatogenetic

Sciatica esențială (primitivă) este rară. Se manifestă ca sciatică tronculară (sciatică joasă).

Sciatica simptomatică (secundară) este mai frecvent de origine radiculară, ganglionară, funiculară sau plexală (sciatică înaltă).

Forma radiculară de origine discală, determină sciatalgii apărute brusc, după eforturi fizice, asociate cu lombalgii (lombosciatică). Durerile și tulburările obiective de sensibilitate afectează dermatomerul corespunzător rădăcinii lezate. Algiile pot fi declanșate sau accentuate prin comprimarea venelor jugulare (semnul Naffziger). Contractura musculară paravertebrală, reducerea lordozei fiziologice și scolioza lombară pledează pentru această formă de sciatică. Percuția zonei vertebrale interesate accentuează durerea.

Sciatica radiculară de alte origini determină adesea dureri bilaterale, cu iradieri largi, care depășesc teritoriu sciatic. Durerea se accentuează la flexia activă sau pasivă a capului, în decubit dorsal. La examenul l.c.r. se constată disociație albuminocitologică (hiperalbuminoză și ușoară reacție limfocitară).

Ganglionita zoosteriană se însoțește de erupție cutanată caracteristică.

Funiculitele determină sciatalgii exacerbate de tuse, strănut și ameliorate de poziții antalgice particulare. Crește ușor albuminorahia și lipsește reacția citologică în l.c.r.

Sciatica plexală se manifestă prin lumbago, tulburări extinse de sensibilitate, tulburări vegetative și frecvente tulburări sfincteriene. Se asociază semne de afectare a organelor din micul bazin.

Sciatica nevritică evoluează cu tulburări de sensibilitate obiectivă cu dispoziție tronculară. Durerea se accentuează la extensia bruscă a halucelui respectiv (manevra Tury). Tendonul lui Achile este hipoton, turtit, iar șanțul retromaleolar mai estompat, de partea nervului afectat.

• *Examinările complementare* necesare pentru stabilirea diagnosticului etiologic sînt variate: radiografii vertebrale și ale bazinului în diverse incidențe, mielografie cu lipiodol, examen radiologic al colonului prin clismă baritată, histerosalpingografie, examen l.c.r., dozarea glicemiei etc.

Scanned with OKEN Scanner

Diagnostic diferențial

Sciatica trebuie diferențiată de *alte nevralgii:* crurală, femurocutanată, abdominogenitală, a rușinosului intern. În unele cazuri se impune diagnostic diferențial cu sindroame dureroase de diverse origini, în care durerea este localizată în regiunea lombosacrată și/sau în teritoriul membrelor inferioare.

Parasciatica este determinată de leziuni ale altor structuri anatomice (meninge, vertebre, oasele bazinului, uter, rect, anexe, vase), care afectează în mod secundar sciaticul prin iritație sau compresiune. În aceste cazuri semnele organului afectat premerg uneori nevralgia sciatică.

Pseudosciaticele constituie un grup de afecțiuni dureroase ale membrelor inferioare în care durerea are alte caractere și origini dar se confundă uneori cu nevralgia sciatică: afecțiuni articulare (artrite și artroze coxofemurale și sacroiliace, spondilită anchilopoetică), musculare (lumbago, psoită), nervoase (tabes, scleroză în plăci), osoase (osteomielită, osteosarcom).

Nictalgia parestezică a membrelor inferioare afectează mai frecvent femeile, după vîrsta de 45 ani. Se manifestă cu parestezii și sciatalgii distale care apar noaptea, în condiții de imobilizare și relaxare musculară și dispar după mobilizare activă. Sînt determinate de compresiunea și iritația pachetului vasculonervos la nivel fesier, inghinal sau peronier. Disvegetoza de climax are rol favorizant.

Sindromul picioarelor neliniștite este frecvent întîlnit. Se manifestă prin senzații disestezice ale gambelor (căldură, amorțeală, arsură) care sînt mai accentuate noaptea și determină necesitatea permanentă de schimbare a poziției membrelor inferioare. În patogeneza acestora se incriminează: claudicația medulară, ischemia talamică, tulburări biochimice funcționale a sistemului reticulat. Sindromul apare în condiții etiologice diverse: traumatisme cerebrale și medulare, encefalită, polinevrite, hernie de disc cu iritație radiculară. În unele cazuri se constată predispoziție ereditară și agregare familială.

Mieloza funiculară apare în anemiile pernicioase severe și se manifestă cu parestezii, tulburări de reflexe și de sensibilitate profundă.

Sacralgia este consecința unor afecțiuni ale micului bazin (inflamații, tumori, traumatisme) care afectează ramurile plexului sacrat. Se manifestă prin algii violente ale regiunii sacrate, bilaterale cu iradieri în fese și coapse. Durerile au adesea caracter cauzalgic. Se asociază tulburări sfincteriene.

Scanned with OKEN Scanner

Sacralizarea vertebrei a V-a lombare, spondilolistezisul și *spina bifida* cauzează uneori algii lombosacrate de tip radicular. Diagnosticul se face radiologic.

Sindromul șold-picior, omolog crural al sindromului umăr-mînă, cuprinde manifestările dureroase, vasculare și trofice cauzate de iritația fibrelor vegetative locale prin anexită, prostatită, coxită, neoplasme, traumatisme .

Metatarsalgia (b.Morton) și *sindromul canalului tarsian* se manifestă prin dureri locale, cu iradieri gambiere, nocturne și diurne, cu exacerbări la efort. Necesită diferențiere de nevralgia sciaticului popliteu extern și intern.

Talalgia constă din dureri penibile locale cu iradieri posibile spre gambă. Este determinată de exostoze calcaniene posterioare sau inferioare.

Tratament

Sciatica hiperalgică necesită tratament de urgență. Se recomandă repaus complet, pe pat tare.

Tratamentul antialgic se face cu analgezice (aspirină 1—2 g/zi, piramidon 2—3 g/zi, aminofenazonă 1—1,5 g/zi) singure sau, preferabil, în asociație cu codeină, dionină, pulvis Doweri.

În cazurile refractare la tratament se utilizează preparate antialgice tipizate, injectabile, care conțin analgezice și sedative (Algocalmin, Antidoren, Fasconal, Sirenon). Rezultate bune se obțin prin combinarea unor antialgice cu antiinflamatorii nespecifice (Tomanol, Brufen, Vertebran) cu medicamente decontracturante, miorelaxante (Mydocalm, 0,5—2 g/zi, Clorzoxazon, 1—2 g/zi).

Infiltrațiile paravertebrale cu xilină sau procaină 1%, hidrocortizon acetat și Boicil sînt recomandate, de la început în toate puseele acute de lombosciatică. Se injectează 20—30 ml xilină 1% și 2—3 fiole a 0,025 g hidrocortizon, în spațiul iliolombar, paravertebral, la nivelul rădăcinii afectate (L_5, S_1 sau S_2) precum și la nivelul rădăcinii supra- și subiacente. Anestezia unor zone cutanate hiperestezice (fața dorsală a piciorului) poate să atenueze durerea lombară.

În caz de efecte terapeutice incomplete sau tranzitorii este indicată internarea în servicii de balneofizioterapie, neurologie sau medicină internă. În cursul spitalizării se pot aplica metode terapeutice complexe.

Scanned with OKEN Scanner

Rahianestezia se recomandă în herniile de disc cu dureri rebele. Se injectează subarahnoidian 1—2 ml xilină 8%, deasupra rădăcinii comprimate.

Anestezia epidurală prin perfuzie cu xilină 1% 30—50 ml, prin tub de polietilenă, de 2—3 ori pe săptămînă, are bune efecte analgezice și decontracturante.

Roentgenterapia lombosacrată (în doze antiinflamatorii de 50—100 r, de 2—3 ori pe săptămînă), fizioterapia (ultrascurte, infraroșii, ultrasunet) și ionizările (aconitină, clorură de calciu, procaină) sînt metode adjuvante de tratament.

Medicația neurotrofică (vitamina B_1, B_6, B_{12}, Aslavital) se utilizează pentru consolidarea rezultatelor obținute, în cură terapeutică de lungă durată.

În perioadele de acalmie se indică *tratament balnear* în stațiunile: Felix, Herculane, Amara, Techirghiol, Sovata.

Intervențiile chirurgicale (laminectomie largă cu extirparea nucleului pulpos, hemilaminectomie cu rezecția apofizei articulare și/sau deschiderea găurii de conjugare, radicotomia posterioară) sînt indicate în formele compresive, cu deficit motor, atrofii musculare și/sau tulburări sfincteriene.

NEVRALGIA TRIGEMINALĂ

(Sinonime: n. facială, prosopalgia, ticul dureros al feței, boala Fothergill).

Elemente de diagnostic clinic

Se manifestă prin dureri violente și subite ale feței, apărute pe traiectul uneia sau al mai multor ramuri ale trigemenului (oftalmică, maxilară superioară, mandibulară). În criză, la nivelul zonei respective apar fenomene reflexe motorii (secuse musculare tonice ale feței), vasculare (vasodilatație, transpirație), și secretorii (hipersecreție lacrimală, nazală și/sau salivară). Se asociază, uneori, algii critice la nivelul bolții palatine (palatodinie).

Crizele dureroase au tendința de a deveni din ce în ce mai frecvente. Pot fi provocate de masticație, deglutiție, emoții. Bolnavii devin obsedați de posibilitatea unor noi crize. Se apără de frig, se feresc de mișcări și de orice atingere care ar putea redeștepta

Scanned with OKEN Scanner

durerile. Alimentația și somnul sînt împiedicate, apare anxietatea și uneori depresia cu idei de suicid.

În perioada intercritică se constată uneori sensibilitate vie la presiunea punctelor de emergență ale trigemenului: orificiile supraorbitare, suborbitare și mentoniere. Presiunea acestor zone declanșează criza (trigger-zone).

Diagnostic etiopatogenetic

Forma esențială este întotdeauna unilaterală, debutînd la o singură ramură trigeminală (de regulă maxilara superioară). Perioadele intercritice se caracterizează prin acalmie completă, fără tulburări de sensibilitate obiectivă și de reflexe. Lipsesc semne de afectare a altor nervi cranieni și boli generale posibil cauzale.

Forma simptomatică se suspectează în cazurile în care, între crize, persistă un fond dureros continuu și în teritoriul nevralgic se constată tulburări permanente de sensibilitate (hipoestezie, anestezie, parestezii) și reflexe (diminuarea sau abolirea reflexului corneean sau maseterin). Coexistă semne sau sindroame neurologice variate. Confirmarea diagnosticului se face prin depistarea afecțiunii cauzale.

Substratul lezional poate consta în: nevrită trigeminală (herpes zooster, diabet zaharat, gripă, intoxicație cu mercur, porfirie), leziuni ale nucleilor centrali ai trigemenilor (polioencefalită frustă, scleroză în plăci, siringobulbie, tumori infiltrative ale bazei craniului) sau iritații ale ramurilor periferice trigeminale (granulom și chist dentar, pulpite și periodontite, pioree alveolară, sinusite, osteită și osteomielită, traumatisme cu contuzii sau fracturi ale maxilarelor).

Afecțiunile sinusului cavernos, mai frecvent anevrismul și inflamația carotidei interne, irită trigemenul determinînd dureri orbitare și periorbitare în crize subite, puternice și persistente (sindrom paratrigeminal.) Se pot asocia semne de coafectare simpatice (mioză, ptoză palpebrală, enoftalmie).

Anevrismul carotidei interne la nivelul găurii rupte posterioare se manifestă inițial prin crize trigeminale (iritația ganglionului lui Gasser și a ramurilor senzitive ale nervului), urmate de paralizia masticatorilor.

Neurinomul acustic și alte afecțiuni ale unghiului pontocerebelos (meningeom, arahnoidită) coafectează trigemenul în cursul evoluției. Nevralgia trigeminală este precedată de fenomene otice și vestibulare (acufene, hipoacuzie unilaterală, amețeli, tulburări de echilibru)

Scanned with OKEN Scanner

și este însoțită sau urmată de pareză facială, sindrom piramidal și cerebelos.

Supurațiile urechii mijlocii, cu empiem al vîrfului stîncii, abcesul epidural, meningitele, tromboflebita sinusului sigmoidian și unele tumori afectează adesea concomitent trigemenul (nevralgie trigeminală homolaterală) și oculomotorul extern (paralizie), asociație cunoscută sub denumirea de sindrom Gradenigo.

Neuropatia paraneoplazică poate evolua luni de zile cu nevralgie trigeminală aparent esențială. Depistarea tumorii elucidează diagnosticul.

Tratament

Bolnavul trebuie imobilizat și ferit de acțiunea oricăror excitanți care ar putea accentua și întreține durerea.

Antialgicele comune nu au efect în nevralgia trigeminală esențială. Se obțin uneori rezultate bune cu derivați de iminostilben (Tegretol, Carbamazepin) în doze de 0,4—0,8 g/24 ore (2—4 tablete), în asociație cu fenotiazină (Clordelazin, 0,02—0,06 g/zi sau Levomepromazin, 1—3 fiole a 0,025 g, în inj. i.m.). După cuparea durerii se continuă tratamentul de întreținere cu doze mici sau medii.

Formele refractare la tratamentul antialgic necesită infiltrații cu xilină 2% în zona găurii oftalmice, maxilare superioare și/sau mentoniere, după caz.

În cazurile în care durerea nu cedează, se recomandă internarea. În servicii de neurologie se pot efectua: neuroliza ramurii trigeminale respective sau a ganglionului lui Gasser (cu alcool 90°, 2—5 ml), neurotomia trigeminală parțială retrogasseriană (mai ales în nevralgiile ramurii maxilare și mandibulare), tractotomia bulbară (în nevralgia ramurii oftalmice), intervenții stereotaxice asupra nucleului ventral posteromedial din talamus (zona de proiecție trigeminală din talamus).

În nevralgiile simptomatice se aplică tratamentul cauzal.

NEVRALGIA GLOSOFARINGIANĂ

Elemente de diagnostic clinic

Paroxismele dureroase sînt similare cu cele trigeminale. În criză, durerea este localizată la baza limbii, în loja amigdaliană, unghiul mandibulei și faringele posterior. Iradiază spre timpan și regiunea

Scanned with OKEN Scanner

submandibulară. Zonele de declanșare a durerii sînt localizate la baza limbii și în faringe. Crizele dureroase sînt declanșate prin deglutiție și vorbire.

Nevralgia glosofaringiană este mai frecvent esențială, fiind o afecțiune rară. Afectează obișnuit vîrstnicii. Intervalele dintre crize sînt asimptomatice.

Forma simptomatică apare în afecțiuni extracraniene (nevrită, lungimea anormală a apofizei stiloide, afecțiuni amigdaliene, faringeine, laringiene, adenopatii) și intracraniene (traumatisme, arahnoidite de fosă cerebrală posterioară, tumori). Între crize, persistă jenă faringiană precum și tulburări de gust și de deglutiție. Se asociază uneori paralizia unilaterală a constrictorilor faringelui. În acest caz, la excitarea faringelui, peretele faringian se deplasează în masă către partea sănătoasă (semnul cortinei).

Sindromul spațiului subparotidian posterior (sindrom Villaret), produs prin tumori, traumatisme, polinevrite superioare, cuprinde afectarea în grup a nervilor glosofaringian, pneumogastric, spinal, hipoglos și a lanțului simpatic cervical. Se asociază tulburări motorii (paralizie glosovelopalatină), senzitive (anestezie laringiană), senzoriale (abolirea gustului) și vegetative (sindrom Claude—Bernard—Horner).

Diagnosticul diferențial al nevralgiei glosofaringiene se face cu nevralgia trigeminală, nevralgia sfenopalatină, nevralgia geniculată și nevralgia vidiană.

Tratament

Este similar cu cel al nevralgiei trigeminale. Preparatele de iminostilben (Tegretol, Carbamazepin) dau rezultate mai slabe. Se indică infiltrații retroamigdaliene cu xilină 2%, 5—10 ml. În cazul ineficienței tratamentului conservator se recomandă secționarea nervului pe cale endocraniană. Rezultatele postoperatorii sînt foarte bune. Deficitele motorii reziduale sînt mici și trecătoare.

NEVRALGIA DE GANGLION SFENOPALATIN (n. Sluder)

Nevralgia este unilaterală, nazoveloorbitară și constă în arsuri vii la rădăcina nasului și pe vălul palatin, cu iradieri spre orbită, ureche și ceafă. Apare brusc noaptea, și se însoțește de congestia mucoasei nazale și rinoree abundentă.

Scanned with OKEN Scanner

Este determinată de afecțiuni inflamatorii de vecinătate (sinusită sfenoidală, maxilară, etmoidită), care coafectează ganglionul sfenopalatin.

Tratamentul este antialgic general (Tegretol, Levomepromazin, Clordelazin) și prin blocaj al ganglionului sfenopalatin cu soluție Bonain sau neuroliză ganglionară cu alcool, prin canalul pterigopalatin.

NEVRALGIA GENICULATĂ

Apare obișnuit în cadrul evoluției zonei zooster. Se manifestă cu crize dureroase otice, tulburări de gust, scăderea secreției lacrimale, tulburări obiective de sensibilitate la nivelul jumătății anterioare a limbii, a conductului auditiv extern și pavilionului urechii, zone în care apare și erupția zoosteriană.

Tratamentul se face cu antialgice majore și infiltrații locale cu soluție Bonain. Rămîn adesea sechele senzoriale, senzitive și trofice (keratită).

NEVRALGIA VIDIANA (n. VAIL)

Se manifestă cu paroxisme dureroase nocturne, localizate unilateral la ureche, orbită, nas și regiunea inferioară a feței. Este determinată de inflamații ale structurilor învecinate (granuloame dentare, sinusite, osteite.

Tratamentul este simptomatic (analgezice, infiltrații locale) și cauzal.

CAUZALGII

Cauze și mecanisme de producere

Cauzalgiile sînt consecința unor iritații minime, extrinseci sau intrinseci (prin traumatisme, inflamații, infecții, tumori, intoxicații, diabet zaharat, distonii vegetative), ale fibrelor protopatice algoconducătoare și simpatice înglobate în unele plexuri sau trunchiuri nervoase (plex cervicobrahial, plex sacrat, nerv trigemen, gloso-

Scanned with OKEN Scanner

faringian, vidian, sciatic, crural, abdominogenital, rușinos intern, spermatic) și/sau a formațiunilor centrale (ganglioni spinali, coarne laterale ale măduvei spinării, cordoane posterioare și laterale spinale, centrii bulboprotuberențiali, diencefalici și corticali).

Deseori, cauzalgia apare la cîteva săptămîni sau luni după afectarea formațiunilor nervoase, în perioada de vindecare a leziunilor sau după aceasta. Mecanisme centrale contribuie la persistența cauzalgiei.

Cauzalgiile esențiale sînt frecvente. Se asociază cu tulburări psihice de tip anxiodepresiv.

Elemente de diagnostic clinic

Durerile sînt violente sau atroce, au caracter de arsură chinuitoare și ecou afectiv particular (anxietate, groază, exasperare). Nu pot fi clar definite de către bolnav. Sînt imprecis localizate (nu respectă teritoriul radicular sau troncular de distribuție al formațiunilor nervoase afectate), cuprinzînd suprafețe mari și iradiind adesea la distanță. Algiile sînt declanșate de regulă de către excitanți minori: atingere cutanată, contactul cu apa rece, curenți de aer, excitanți luminoși, emoții.

Palparea regiunii afectate oferă indicii prețioase de diagnostic. Apăsarea acestei regiuni este mai puțin dureroasă decît atingerea ei. Se asociază adesea tulburări vasomotorii, secretorii și trofice. În criză, tegumentele zonei dureroase sînt calde, de culoare roșie-purpurică, umede; mai rareori palide și reci. Cu timpul apar tulburări trofice în teritoriul afectat.

Caracterele durerii, asocierea acesteia cu tulburări vasomotorii, secretorii și trofice, localizarea și tipul tulburărilor secretorii și trofice sînt elementele principale ale diagnosticului topografic.

Există elemente particulare de diagnostic topografic și etiopatogenetic pentru diversele forme clinice.

Diagnosticul diferențial al cauzalgiilor se face mai ales cu durerile de origine vasculară, psihogenă, talamică, hipotalamică.

Psihalgiile sînt dureri difuze cu debut nedefinit, fără cauzalitate evidentă și fără tulburări obiective de sensibiltate și/sau de reflexe, apărute într-un context nevrotic sau psihonevrotic. Cedează la sedative, tranchilizante și psihoterapie. Se asociază cu cenestopatii variate. În nevroze, isterie și leziuni vasculare cerebrale difuze (arterioscleroză, viroze) pot apare panalgii generalizate. Manifestările somatice, senzoriale sau psihice, neînsoțite de semne neurologice obiective, manifestări capabile de a fi reproduse și vindecate prin sugestie, trebuie considerate și tratate ca pitiatice.

Scanned with OKEN Scanner

Hiperpatia talamică se caracterizează prin reacții dureroase vii, persistente cu caracter de sfărîmare, smulgere sau arsură, localizate hemicorporeal, mai ales distal, cu variații mari de intensitate și predominanța caracterului afectiv-vegetativ al suferinței, declanșate de excitanți senzitivi, senzoriali sau psihici minori. Se asociază cu hemipareză, hemianopsie, hemiataxie, tulburări vasomotorii și trofice. Apar după cîteva săptămîni sau luni după debutul unui ramolisment care interesează artera cerebrală posterioară sau una din ramurile sale (artera talamoperforată și talamogeniculată).

În *sindromul vasomotor al hemiplegicilor* (s.Parisson) care însoțește unele hemiplegii cronice, apar parestezii, edem și căldură locală la nivelul segmentelor afectate, prin asocierea componentei vegetative în procesul lezional. Lipsește hiperpatia talamică.

Unele *sindroame hipotalamice* (s.Raisa și Golant) evoluează cu fenomene de psihoză diencefalică periodică, în cadrul căreia apar accese de migrenă, însoțite de vasodilatația feței și a conjunctivelor, hipersomnie urmată de dromomanie, dipsomanie și impulsiuni sexuale.

La copii, paroxismele cauzalgice trebuie diferențiate de *pavorul nocturn*, formă particulară de epilepsie temporară care survine periodic și se manifestă prin senzații nocturne înspăimîntătoare, agitație psihomotorie, plîns nestăpînit și cenestopatii diverse, urmate de somn profund și amnezie totală. Anomaliile electroencefalografice sînt de tip comițial.

Tratament

În crize se asociază analgezice, sedative, tranchilizante, neuroleptice, infiltrații cu procaină sau xilină sol. 1% ale zonei tegumentare respective, ale nervului lezat și/sau ale centrilor sau căilor vegetative aferente. Cele mai bune rezultate se obțin prin Antimigrin, Tegretol, Fenitoin, Pentazocin (Fortral), Clordelazin, Levomepromazin. Sedativele (mai ales amitalul sodic și tranchilizantele-(Diazepam) potențează acțiunea analgezicelor. Se evită opiaceele deoarece există tendința la toxicomanie. Asocierea simpaticoliticelor (Hydergine 4—6 fiole pe zi, DH-ergotoxin 40—80 pic./zi), a ganglioplegicelor (Ganlion 2—4 fiole/zi) papaverinei (0,24—0,8g/zi) și a Tolazolinei (2—4 fiole/zi) potențează efectele analgezice.

În formele persistente, cu paroxisme repetate, rebele la tratament, s-au încercat, cu rezultate inconstante, simpatectomia periarterială, rezecția ganglionilor vegetativi, neuroliza alcoolică a acestora și secțiunea ramurilor comunicante respective.

Scanned with OKEN Scanner

TULBURĂRI PSIHICE

Sindroamele psihiatrice care necesită intervenția de urgență a medicului sînt acele tulburări din sfera afectivității și gîndirii care se manifestă prin fapte și atitudini periculoase pentru bolnav și/sau anturaj: agitația psihomotorie, crizele și stările anxioase, confuzia mintală, delirul, depresia, episoadele active din schizofrenie și paranoe, demența, alte psihopatii.

Tulburările psihice pot apare în condiți patologice diverse, constituind probleme de urgență medicală nu numai pentru psihiatru, ci și pentru medicul generalist sau pentru specialiștii din alte domenii, care sînt adesea primii care văd bolnavul și care trebuie să-i acorde primul ajutor și apoi să-l îndrume în servicii profilate, în raport cu substratul etiopatogenetic al manifestărilor psihice.

Cauze și condiții de producere

Boli psihice: schizofrenie și paranoe, depresie, demență, manie, psihopatii.

Afecțiuni neurologice: epilepsie, vasculopatii cerebrale, meningoencefalite, traumatisme craniocerebrale tumori.

Intoxicații exogene: alcool, insectofungicide, oxid de carbon, medicamente (beladonă, opiacee, rezerpină, glucocorticoizi, insulină, barbiturice, neuroleptice).

Intoxicații endogene: uremia acută și cronică, insuficiență hepatică, encefalopatie portală, insuficiență respiratorie cu hipercapnie și acidoză, cetoză diabetică.

Boli infecțioase: hepatite acute, salmoneloze, gripă, pneumonii, septicemii puerperale, febre eruptive.

Carențe, tulburări hidroelectrolitice și acidobazice: caşexie, disproteinemii, avitaminoze, deshidratări, hiperhidratări, hipocalcemie, hipomagneziemie, acidoză și alcaloză de diverse origini.

Scanned with OKEN Scanner

Boli endocrine: tireotoxicoză, insuficiență ovariană, hiperinsulinism, hiperfoliculinemie, climax și pubertate cu discrinii.

Condițiile predispozante și favorizante: personalitățile nevrotice sau psihopatice, debilitatea mintală, deprimarea psihică, surmenajul fizic și psihic, intoxicațiile profesionale și toxicomaniile fruste.

Criterii de diagnostic etiopatogenetic

Anamneza bolnavului și datele obținute de la aparținători oferă principalele elemente de diagnostic.

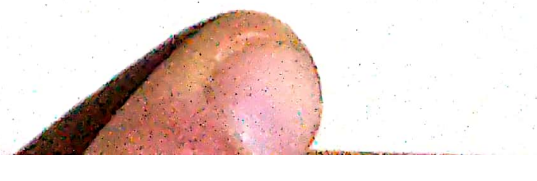
Antecedentele somatice și psihice, personale și familiale sugerează primele ipoteze de diagnostic. Se notează existența unor boli psihice cu caracter familial (psihoză maniaco-depresivă, schizofrenie), antecedente personale psihotice sau psihopatice, afecțiuni somatice preexistente (nefropatii, hepatopatii, diabet zaharat, lues, epilepsie, arterioscleroză cerebrală, alcoolism cronic, saturnism). La femei, condiții predispozante constituie: sarcina, lăuzia, pubertatea, climacteriul, discriniile ovariene, avortul septic.

Cadrul psihologic și psihopatologic în care apare tulburarea psihică orientează diagnosticul. Sînt necesare informații cu privire la temperamentul, caracterul și personalitatea bolnavului, tendința de izolare și meditație, expansivitate, bizarerii, comportament în familie și societate, frămîntări lăuntrice (năzuinți, ambiții), modul anterior de reacție la șocuri afective, alcool și medicamente psihotrope, aspecte ale vieții sexuale (potență, comportament).

Circumstanțele de apariție pot fi variate: după abuz de alcool (chef, etilism cronic), după utilizarea unor medicamente în scop terapeutic, accidentală, criminală sau cu intenție de suicid, suprimarea bruscă a alcoolului sau a unor medicamente la cei cu fenomene de dependență (sevraj), după depresiuni psihice, ca urmare a unor șocuri afective sau în cursul unor stări îndelungate de tensiune psihică.

Este necesară cercetarea mediului ambiant în ce privește sursele posibile de intoxicații: garaje sau ateliere, laboratoare, uzine chimice, farmacii. Se caută eventuale ambalaje de medicamente în jurul bolnavilor.

Prodroamele tulburării psihice pot orienta asupra substratului etiopatogenetic. Cefaleea, amețelile, tulburările vizuale, dizartria, parezele sau paraliziile sînt indicatoare pentru afecțiuni neurologice de origine vasculară, tumorală sau toxică. Febra, frisoanele, starea septică sugerează infecții bacteriene sau virotice cu sau fără



Scanned with OKEN Scanner

afectări encefalitice. Greţurile, vărsăturile şi diareea îndreaptă atenţia spre o intoxicaţie endo- sau exogenă.

Examenul fizic, rapid şi complet, oferă indicii de confirmare a unor ipoteze anamnestice, prin inspecţie (paloare, cianoză, purpură, icter, rubeoză, caşexie), examenul aparatului cardiovascular (sufluri organice, hipertensiune arterială, tulburări de ritm), examenul abdomenului (hepatosplenomegalie, circulaţie colaterală), examen genital (sarcină, metroragie, pelviperitonită).

Examenul psihic va viza: memoria, orientarea în timp şi spaţiu, ideaţia, voinţa, afectivitatea, limbajul, comportamentul, personalitatea.

Examinări sumare de laborator sînt utile pentru diagnosticul afecţiunii cauzale: determinarea glicemiei, azotemiei şi/sau calcemiei, examen de urină, puncţie rahidiană şi examen l.c.r, oftalmoscopie.

Diagnosticul şi tratamentul de urgenţă au drept obiective: recunoaşterea formei nozografice a sindromului psihiatric şi a substratului său etiopatogenetic precum şi măsuri terapeutice nespecifice sau cauzale.

ANXIETATEA

Elemente de diagnostic clinic

Anxietatea este un sindrom caracterizat prin nelinişte şi teamă imprecisă, exagerată şi nemotivată, nesiguranţă, tensiune psihică de aşteptare a unui eveniment ce ar avea implicaţii grave asupra bolnavului sau a celor apropiaţi, insomnie, anorexie, tulburări de comportament. Poate evolua sub formă de episoade acute (crize anxioase) şi forme prelungite (stări anxioase).

- *Crizele anxioase* exprimă o mare suferinţă afectivă. Se manifestă prin nelinişte extremă cu frică de moarte şi o adevărată furtună vegetativă (sufocare, palpitaţii, transpiraţii, vertij, tremurături, răcirea extremităţilor, crampe abdominale, senzaţie de oprire a inimii). Crizele anxioase însoţite de tulburări vasomotorii şi viscerale pot apare în: tireotoxicoză, tulburări de climax, hipoglicemii, sindroame hiperkinetice, cardiovasculare, tahicardia paroxistică, angina de piept, astmul bronşial, pneumotorace, intoxicaţii (cofeină, beladonă, benzedrin, Meclofenoxat, Centedrin, Ahypnon), feocromocitom, epilepsia temporală.
- *Stările anxioase* pot fi manifestări ale nevrozei anxioase, isteriei, depresiei, schizofreniei şi a unor boli organice cerebrale (accidente vasculare, tumori).

Scanned with OKEN Scanner

Tratament

Tratamentul paroxismelor și stărilor anxioase se face în raport cu intensitatea lor, prin psihoterapie, sedative, tranchilizante, neuroleptice.

• *Crizele anxioase* se tratează cu tranchilizante (Diazepam, 2—6 fiole a 0,01 g/zi) și/sau neuroleptice (Levomepromazin, 3—10 fiole a 0,025 g/zi, în inj. i.m.; Romtiazin, 2—6 fiole a 0,03 g/zi în inj. i.m. sau i.v.), medicamente care se potențează reciproc. Se contraindică asocierea acestora cu alcoolul.

Extractul și tinctura de opiu cupează prompt crizele majore anxioase rezistente la alte medicamente, dar comportă riscul toxicomaniei. Trebuie utilizate numai în cazuri excepționale, la indicația și sub controlul psihiatrului.

Psihotonicele de tip cofeină, Meclofenoxat, Benzedrin, Centedrin sînt contraindicate.

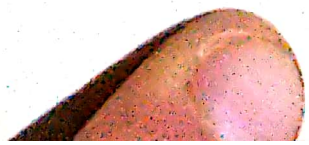
• *Stările anxioase* sînt bine influențate prin sedative hipnotice și tranchilizante. Alegerea preparatului, dozei și ritmului de administrare se face în raport cu gravitatea și particularitățile cazului.

În formele ușoare și recente se încearcă la început Pasinal (3—6 linguriță/zi), tinctura de valeriană oficinală (20—80 picături pe zi), poțiuni cu bromuri (2—3 g/zi), bromură de calciu în inj. i.v. Se asociază doze mici de fenobarbital (0,03—0,10 g/zi), Meprobamat (0,04—0,06 g/zi), Nitrazepam (0,005—0,03 g/zi).

În formele de gravitate medie se indică fenobarbital (0,1—0,3 g/zi) asociat cu Hidroxizin (0,05—0,2 g/zi) și/sau Diazepam (0,1—0,3 g/zi), administrate pe cale orală.

În formele severe și în cazul ineficienței mijloacelor de mai sus se recomandă Diazepam (2—6 fiole a 0,01 g/zi în inj. i.m.), cloralhidrat (în clisme, 1—3 g/zi), amital sodic în inj. i.m. a 0,2 g, la 8—12 ore inerval, sau sub formă de poțiune alcoolizată, în asociere cu valeriana: Rp. Amital sodic 5 g, alcool etilic (70°) 60 g, tinctura valeriana 10 g, sirop simplu 80 g, apă distilată ad 350 ml. D.S. 3×1 linguriță/zi și 1—2 linguri seara cu 20 minute înainte de culcare. Se mai indică Meprobamat în inj. i.m., 1—3 fiole a 0,04 g/zi. Asociația dintre barbiturice, Meprobamat și Diazepam este sinergică și permite reducerea dozelor fiecărui preparat în parte.

Psihoterapia este indispensabilă în toate cazurile. Metodele simple de psihoterapie minoră (de susținere, relaxare sugestivă, directivă și rațională) sînt accesibile oricărui medic. În formele prelungite de anxietate psihoterapia susținută, trainingul autogen Schultze și hipnoza sînt metodele terapeutice cele mai eficiente.



Scanned with OKEN Scanner

CONFUZIA MINTALĂ

Elemente de diagnostic clinic

Se caracterizează prin dezorientare în timp şi spaţiu, deficit de atenţie şi memorie, imagini şi idei estompate, somnolenţă întreruptă de perioade de agitaţie psihomotorie.

- *afecţiuni metabolice:* insuficienţă hepatică, uremie, hipoxie şi hipercapnie, hipoglicemie, porfirie;
- *intoxicaţii* cu barbiturice, opiacee, bromuri;
- *boli neurologice:* accidente vasculare cerebrale, tumori, encefalo-meningite, abces cerebral, hematom subdural, demenţă;
- *boli infecţioase:* febră tifoidă, tifos exantematic;
- *insuficienţă cardiacă* cronică congestivă severă.

Alteori, confuzia mintală este doar o formă de debut sau un episod în evoluţia unor psihoze: schizofrenie, depresie, psihoză puerperală, psihoze apărute după traumatisme craniocerebrale.

Tratament

Tratamentul stării de confuzie mintală necesită o persoană permanentă pentru observaţie şi îngrijire, protejarea bolnavului de eventuale accidente, supravegherea transportului acestuia la cel mai apropiat spital. Se vor evita sedativele şi hipnoticele deoarece acestea accentuează starea confuzivă. Se administrează: cafea, Meclofenoxat (0,4—4 g/zi), Centedrin (0,02—0,08 g/zi per os), Encephabol (0,03—0,06 g/zi per os sau în injecţii i.v. lente). Cele mai eficiente măsuri sînt acelea care vizează substratul etiopatogenetic al bolii în cadrul căreia apare sindromul confuziv.

AGITAŢIA PSIHOMOTORIE

Elemente de diagnostic clinic

Se manifestă prin logoree, ţipete, urlete, acte periculoase, lovituri, răniri de persoane, deteriorări de bunuri. Memoria şi orientarea temporospaţială sînt păstrate. Poate fi expresia unei manii acute (acces maniacal) sau apare ca un episod simptomatic în: paralizia generală progresivă, schizofrenie, encefalită, epilepsie, de-

Scanned with OKEN Scanner

mență arteriosclerotică, alcoolism, tumori frontale, intoxicații cu substanțe colinergice, turbare.

Accesul maniacal are tablou clinic caracteristic: bună dispoziție, exuberanță psihică, manifestată prin asociație complexă și rapidă de idei, locvacitate, ironizări. Bolnavul aleargă, dansează, se îmbracă extravagant și bizar, cu exces de ornamente, are tendințe exhibiționiste. Activitatea psihică și motorie este superficială, neeficientă, sterilă. Pot apare perioade de furie, în care bolnavul este periculos pentru cei din jur. Accesul durează zile sau săptămîni, timp în care pacientul nu doarme, nu se alimentează, slăbește, se extenuează.

Tratament

Tratamentul vizează izolarea și supravegherea bolnavului. Se încearcă temperarea violenței acestuia prin acțiuni de convingere verbală sau prin imobilizare. În formele ușoare se administrează pe cale orală Meprobamat (0,04—0,1 g/zi), Clordelazin (0,25—0,5 g/zi) și Haloperidol (0,005—0,01 g/zi). În cazurile în care bolnavul opune rezistență se recurge, parțial sau total, la injecții intramusculare: amital sodic (0,2—0,8 g/zi), Clordelazin (0,0025—0,01 g/zi), Levomepromazin (0,05—0,25 g/zi) sau Raunervil (0,01—0,04 g/zi). În caz de agitație extremă cu agresivitate se folosesc combinații litice (Diazepam, Levomepromazin, Raunervil) sau se practică narcoza cu narcotan sau eter. După sedare se transportă, în condiții de imobilizare și supraveghere, în servicii de psihiatrie. În continuare se aplică tratament cu Clordelazin, Levomepromazin, Haloperidol, săruri de litiu. Se asociază mijloace terapeutice etiopatogenetice în raport cu factorii sau afecțiunea cauzală.

DELIRUL

Elemente de diagnostic clinic

Delirul este o formă gravă a confuziei de idei și imagini, exprimată prin expresii incoerente, asocieri haotice de gînduri și gesturi ilogice. Sindromul poate apare în boli psihice și în diverse boli somatice:

- *psihoze:* schizofrenie, paranoe, paralizie generală progresivă, psihoza Korsakov;

Scanned with OKEN Scanner

• *boli neurologice:* accidente vasculare, tumori, traumatisme craniene, stări postcomiţiale, encefalite, meningite purulente;

• *intoxicaţii exogene:* cofeină, ergotamină, beladonă, scopolamină, amfetamine, barbiturice, bromuri;

• *stări de abstinenţă la barbiturice, opiacee, alcool;*

• *alte afecţiuni:* pneumonie, septicemii cocice şi cu anaerobi, febră tifoidă, tireotoxicoză, uremie, insuficienţă hepatică, encefalopatie portală.

Tablou clinic caracteristic îmbracă delirul alcoolic acut (delirium tremens) şi subacut (halucinoza Wernicke).

Delirul alcoolic apare pe fondul unei intoxicaţii etilice cronice. Se manifestă prin anxietate, agitaţie psihomotorie şi halucinaţii terifiante.

Delirul alcoolic acut începe de regulă brusc, noaptea, cu nelinişte, agitaţie psihomotorie şi halucinaţii. Apar tulburări psihice severe ce duc uneori la omucidere sau sinucidere. Se asociază tremurături, tahicardie, transpiraţii, hiperreflexie, febră, convulsii. Episodul netratat durează 24—72 ore şi se termină obişnuit prin somn profund.

Delirul alcoolic subacut cuprinde idei de persecuţie, gelozie şi suspiciune sub influenţa cărora bolnavul are izbucniri de violenţă. Poate comite acte delictuale (fugi, crime, automutilări). Evoluţia este prelungită. Sînt posibile remisiuni spontane.

Tratament

Tratamentul de urgenţă constă în administrarea de sedative, hipnotice şi neuroleptice: fenobarbital, Clordelazin, amital, Tioridazin, Raunervil, Levomepromazin.

Tratamentul etiopatogenetic are eficienţă maximă. Constă, de la caz la caz, în tratamentul psihozei delirante, a afecţiunii neurologice, a intoxicaţiei sau a stării de sevraj, a afecţiunilor metabolice sau bolilor infecţioase.

Delirul alcoolic acut se tratează prin evacuarea alcoolului din stomac, (vomitive, spălături), Meprobamat, Clordelazin şi rezerpină singure sau asociate, în injecţii i.m. repetate la nevoie. Haloperidolul are efecte bune antihalucinatorii. Se mai poate recurge la paraldehidă (1—2 g/os sau 0,5—1 g în inj. i.v.), hemisuccinat de hidrocortizon (0,01—0,04 g, inj. i.v.). Se asociază vitamine din grupul B în inj. i.v.: vitamina B_1 (0,08—1 g/zi), vitamina B_6 (1—3 g/zi), vitamina B_{12} (2—3000 gama/zi). Mijloace terapeutice adjuvante sînt:

Scanned with OKEN Scanner

oxigenul, perfuziile cu glucoză hipertonică, glutamatul de sodiu (Multiglutin), acidul aspartic (Aspatofort), reechilibrarea hidroelectrolitică, analepticele. În caz de sevraj se indică ingerarea unor cantități mici de băuturi alcoolice sau inj. i.v. de alcool etilic sol. 10‰, 10—20 ml.

DEPRESIA PSIHICĂ

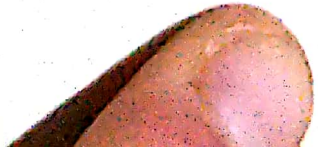
Elemente de diagnostic clinic

Depresia psihică este un sindrom manifestat prin astenie, adinamie, akinezie, indiferență afectivă, izolare, tristețe profundă, anxietate, gînduri de suicid. Faciesul exprimă descurajare, vorbirea este lentă și atenția deficitară.

Sindromul depresiv poate apare ca o reacție la șocuri afective sau stări de tensiune psihică (pierderea unor rude apropiate, conflicte familiale prelungite, impasuri financiare) la persoane predispuse, în boli somatice cronice invalidante (neoplasme, tuberculoză, poliartrită cronică anchilozantă, diabet zaharat grav, boala Menière), hipertensiune arterială tratată cronic cu derivați de rezerpină, boli organice cerebrale (arterioscleroză, demență senilă și presenilă, tumori cerebrale, hemiplegii cu afazie și apraxie), ca sindrom tranzitor în nevroze și psihonevroze (nevroza anxioasă, nevroză viscerovegetativă, psihastenie). Alteori, depresia constituie forma clinică de debut a schizofreniei. Mai des depresia apare ca element dominant al psihozei depresive și melancoliei de involuție.

Psihoza depresivă (ciclotimică, maniacodepresivă) survine mai des la indivizi picnici, cu temperament ciclotimic, cu predispoziție ereditară. Evoluează ciclic, cu perioade depresive și de remisiune, alternînd uneori cu faze maniacale. Formele ușoare trebuie diferențiate de neurastenie. Cele grave evoluează cu stupoare depresivă; bolnavul se imobilizează la pat, refuză să vorbească, să mănînce și să bea, nu observă obiectele și persoanele din jur. Apar tendințe persistente la sinucidere.

Melancolia de involuție apare mai frecvent la femei, între 40—60 ani, la persoane meticuloase, scrupuloase, cu temperament rigid. Se manifestă sub forma unei depresii anxioase și iritabile cu obsesii hipocondriace, rumințație de idei, preocupări de suicid. Pacienții au logica și orientarea temporospațială păstrate.



Scanned with OKEN Scanner

Tratament

În stările depresive grave, ca măsuri de primă urgență, se recomandă injecții i.m. repetate cu amital sodic 0,02 g, clisme cu cloralhidrat (1—3 g/zi), Clordelazin (0,0025—0,1 g/zi), antidepresive (Antideprin, Teperin).

Antideprinul este un antidepresiv cu spectru larg. Se indică mai ales în depresia inhibată. Tratamentul se începe cu 0,05 g/zi ajungîndu-se în 4—5 zile la doza medie utilă de 0,15—0,2 g/zi. Este utilă asocierea cu un neuroleptic bazal (Tioridazin, Levomepromazin), cu rol de potențare. În depresiile nevrotice, rezultatele apar după 14—21 zile. Este necesar un tratament de întreținere, cu doze descrescînde. În depresiile endogene și melancolia de involuție durata tratamentului trebuie să fie de 6—18 luni.

Teperinul, derivat de amitriptilină, are efecte antidepresive, anxiolitice și sedative. Se indică în stările depresiv-anxioase. Doza inițială este de 0,05 g/zi, crescînd apoi progresiv doza zilnică pînă la 0,15—0,25 g. Durata tratamentului în nevroze și psihonevroze este de 3—6 luni.

Depresiile persistente și severe necesită internarea în servicii de psihiatrie pentru tratament intensiv și evitarea suicidului. În cazuri extreme, care nu cedează la medicația antidepresivă, se aplică electroșoc și eventual cure prelungite cu extract tebaic.

În depresiile reactive se indică psihoterapie, amital, în doze nehipnotice (3×0,05 g/zi), asociat cu stimulante nervoase și neurotrofice: Encefabol, Meclofenoxat, Centedrin, lecitină.

SCHIZOFRENIA ȘI PARANOIA

Elemente de diagnostic clinic

Psihoza debutează mai des în adolescență sau tinerețe și se manifestă prin tulburări complexe de afectivitate, gîndire și comportament. Trăirile afective sînt sărace. Exprimarea emoțiilor este slabă, neadecvată sau ambivalentă. Gîndirea este superficială, ilogică. Asociațiile de idei sînt bizare. Atenția este deficitară. Bolnavii nu se pot concentra asupra unui obiect, fenomen sau probleme. Comportamentul devine antisocial. Pe acest fond cronic apar halucinații, stări de catatonie, stupoare sau delir și alte forme de manifestări psihice acute nediferențiate care constituie urgențe medicale.

Scanned with OKEN Scanner

Paranoia se caracterizează prin gîndire autistă, nerealistă, cu idei fixe de persecuție sau grandoare, comportament imprevizibil, cu atitudini de ostilitate și agresiune.

Tratament

Schizofrenia și paranoia, aflate în puseu acut, se internează în servicii de psihiatrie pentru izolarea bolnavului și terapie de specialitate. Ca medicație de urgență se administrează: Clordelazin, Levomepromazin, Haloperidol.

Terapia schizofreniei și paranoiei se face în raport cu sindromul predominant (simptom-țintă) al tabloului clinic. Agitația anxioasă este bine influențată de Levomepromazină. Agitația catatonică și stările oniroide se tratează cu Clorpromazină. Formele halucinatorii-delirante reacționează bine la Haloperidol. În cazuri în care există elemnte depresive se asociază derivații de imipramină sau amitriptilină (Antideprin, Teperin). Propericiazinele au efecte elective asupra tulburărilor de comportament.

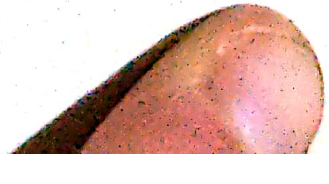
Alegerea medicației neuroleptice precum și indicațiile și aplicarea terapiei de șoc sînt de competența psihiatrului.

PERSONALITĂȚILE PSIHOPATICE

Nu se încadrează în psihozele clasice. Se caracterizează prin discernămînt deficitar și tulburări de comportament, capacitate slabă de inhibiție, acțiuni impulsive, acte care contravin eticii și moralei. Tratamentul vizează profilaxia acestor acțiuni, psihoterapie, sedare, reeducare profesională și socială, neuroleptice în doze mici (Clorpromazină, Tioridazin, Levomepromazin), dispensarizare psihiatrică, eventuală imobilizare și izolare periodică în servicii de specialitate.

ISTERIA

Este o stare definită prin sugestibilitate exagerată, comportament infantil, tendință la dramatizare, nevoie de alintare. Pe acest fond psihic pot apare simptome somatice bizare: pareze sau para-



Scanned with OKEN Scanner

lizii fără modificări de reflexe, anestezii care desfid topografia radiculară sau tronculară, accese de vomă, sughiț rebel, surditate sau cecitate, fără leziuni otice sau oculare. Psihic, apar stări de amnezie temporară, somnambulism, fenomene onirice sau catatonice, agitație psihomotorie.

Diagnosticul diferențial este uneori dificil. Principalul criteriu de diagnostic pentru isterie constă în caracterul bizar și spectacular al tulburărilor, care pot fi remise și reproduse prin sugestie.

Tratamentul se face prin izolarea bolnavului de anturaj, atitudine autoritară, aplicarea unor mijloace terapeutice simple, cu efect sugestiv puternic (injecții subcutanate de apă distilată, injecții i.v. de calciu gluconic, faradizări, apăsare puternică în regiunea gonionului mandibulei) însoțite de asigurări verbale cu privire la vindecare.

DEMENȚA

Se caracterizează prin tulburări progresive de memorie și intelect, scăderea capacității de gîndire abstractă, tulburări de orientare cu privire la persoane, spațiu și timp, modificări de comportament. Se asociază uneori cu depresie și anxietate.

Demența apare în boala Pick și Alzheimer, tumori cerebrale de lob frontal și corp calos, după traumatisme craniene și accidente vasculare cerebrale repetate, în degenerescența hepatolenticulară, intoxicația cronică cu bromuri, barbiturice, opiacee, alcool; în hipotiroidism, pelagră.

Tratamentul de urgență vizează supravegherea sau izolarea bolnavului pentru evitarea comiterii unor acte periculoase pentru sine sau anturaj sau a unor acțiuni antisociale mai complexe (incendii etc.). Se administrează sedative și hipnotice. Terapia de fond constă în tratament cauzal și cu neuro- și vasotrofice.

EPILEPSIA

Tulburările psihice preced sau urmează crizele convulsive majore sau pe cele jacksoniene. Constau în apatie, irascibilitate, anxietate, stupoare, amnezie.

Scanned with OKEN Scanner

În epilepsia corticooccipitală aura constă din fosfene sau halucinații vizuale complexe.

Epilepsia temporală poate îmbrăca forme procursive, psihomotorii sau uncinate. În formele procursive, bolnavul se deplasează fără controlul cunoștinței, ca un automat. Epilepsia psihomotorie se manifestă prin comportare paroxistică anormală, cu voalarea cunoștinței și amnezia accesului. Crizele uncinate constau din asociații de fenomene halucinatorii gustative, olfactive și vizuale.

Tulburările psihice de fond constau în modificări caracteriale și intelectuale care realizează fondul psihopat epileptic.

Tratamentul cu psihotrope este adjuvant al medicației anticonvulsivante (p. 176, vol. I).

Carbamazepina (Tegretol) are o acțiune complexă, fiind totodată eficientă în accesele de grand mal, în cele de petit mal și în crizele psihomotorii, influențînd favorabil disforia epilepticilor, modificările psihotice caracteriale și de comportament, în doze medii de 0,6—0,8 g/zi.

În formele cu tulburări psihice acute (stări crepusculare, agitație, delir) sînt indicate neurolepticele cu acțiune sedativă: Levomepromazina (0,01—0,02 g/zi), Clorpromazina (0,03—0,05 g/zi).

Pentru corectarea particularităților de comportament, expresie a așa-zisei „personalități epileptice" se dovedește util clordiazepoxidul (Napoton, în doze de 0,01—0,03 g/zi) și Tioridazin (0,04—0,06 g/zi).

Tulburările caracteriale mai grave asociate cu iritabilitate, impulsivitate, agresivitate și bradipsihie se influențează bine cu propericiazină (Neuleptil, 0,03—0,06 g/zi) și tioproperazină (Majeptil, 0,02—0,04 g/zi).

Scanned with OKEN Scanner

METODE DE REANIMARE CARDIORESPIRATORIE

Măsurile de reanimare respiratorie şi cardiacă formează un tot unitar, scopul fiind reluarea respiraţiei şi a circulaţiei. Este ceea ce se cunoaşte sub termenul de reanimare cardiorespiratorie sau resuscitare cardiopulmonară.

În faţa unui caz de insuficienţă cardiorespiratorie, reanimatorul trebuie să aibă în vedere:

a) aplicarea imediată şi pe loc a măsurilor de reanimare.

b) asigurarea permeabilităţii căilor respiratorii,

c) precizarea dacă victima are sau nu respiraţie spontană; dacă nu are, se instituie imediat respiraţia artificială,

d) precizarea dacă victima are sau nu bătăi cardiace; dacă nu are, se instituie imediat mijloacele de reanimare cardiacă (masaj cardiac extern).

a) *Măsurile de reanimare se hotărăsc şi se execută foarte rapid.* În aceste cazuri *nu minutele, ci secundele contează!* Nu se pierde timpul cu manevre inutile. Cu excepţia cazurilor apărute în condiţii de mediu toxic pentru victimă şi reanimator, ajutorul medical este acordat *„pe loc"*; victima nu este mutată, nu este transportată.

b) *Asigurarea permeabilităţii căilor respiratorii.* Victima este aşezată imediat în decubit dorsal, pe o suprafaţă plană tare (scîndură, pardosea etc.), în vederea aplicării măsurilor de reanimare cardiorespiratorie.

Reanimatorul aşează o mînă pe frunte şi cealaltă sub gîtul victimei şi îi produce hiperextensia capului. Prin această manevră se eliberează căile respiratorii prin proiectare anterioară şi cranială a epiglotei şi a limbii odată cu mandibula.

Dacă această manevră de hiperextensie a capului nu este eficientă, în sensul că limba cade în faringe şi obstruează orificiul glotic, atunci se procedează astfel: reanimatorul, stînd la capul victimei, prinde cu mîinile din ambele părţi mandibula, avînd policele la nivelul mentonului şi restul degetelor pe unghiul mandibulei; apasă cu policele puternic pe menton şi împinge în sus şi

Scanned with OKEN Scanner

înainte unghiul mandibulei; gura se deschide, iar mandibula, cu limba și epiglota, sînt luxate înainte.

Pentru deschiderea gurii se pot întrebuința, la nevoie, pense speciale sau obiecte potrivite scopului (coadă de lingură sau furculiță) care se introduc între arcadele dentare.

Se face toaleta cavității bucale cu un tampon de tifon montat pe o pensă, cu o batistă sau cu o bucată de pînză învelită pe indexul reanimatorului. Se scot protezele (dacă există), se scoate conținutul existent în cavitatea buco-faringiană, manual și prin aspirație cu sonde, tuburi de aspirație, pipete etc.

Prin introducerea unei canule buco-faringiene (tip Guedel), se asigură permeabilitatea buco-faringiană, iar limba este ținută în poziție „înainte" și protejată.

După asigurarea permeabilității căii buco-faringiene se precizează, se verifică, dacă victima are sau nu respirație spontană, prin observarea mișcărilor cutiei toracice și prin apropierea urechii și a obrazului de gura bolnavului pentru a sesiza mișcarea aerului prin auz și prin simț tactil.

Dacă nu are respirație spontană, se trece imediat la respirație artificială.

Se face o primă ventilație gură la gură. Victima este menținută cu capul în hiperextensie, cu o mînă a reanimatorului sub gîtul bolnavului, pe care îl împinge în sus, în timp ce cealaltă mînă apasă fruntea și cu degetele prinde și închide narinele victimei. Reanimatorul, după ce inspiră adînc, își aplică etanș gura sa pe cea a victimei direct sau, mai bine, prin intermediul unui tifon sau batiste, și suflă puternic în gura victimei, apoi se ridică și lasă victima să respire pasiv.

În timpul primei insuflații, reanimatorul își dă seama dacă sînt sau nu permeabile căile respiratorii. Dacă simte rezistență la insuflație, victima fiind așezată în poziție corespunzătoare (capul în hiperextensie, eventual cu luxarea înainte a mandibulei), atunci se pune problema unor obstrucții pe căile respiratorii, prin corpi străini, prin secreție, lichid etc. În acest caz se întoarce victima în decubit lateral, se forțează deschiderea gurii și cu degetele index și mediu se caută și se scot eventualii corpi străini. Dacă tentativa nu reușește, se lovește de cîteva ori cu pumnul regiunea interscapulo-vertebrală a victimei și se continuă încercările de scoatere a corpilor străini prin introducerea degetelor în cavitatea buco-faringiană a victimei.

În obstrucția căilor respiratorii cu alimente sau corpi străini se recomandă apăsarea diafragmului de jos în sus, astfel încît acesta, ca un piston, să împingă cu suprapresiune aerul existent

Scanned with OKEN Scanner

în bronhii și trahee, favorizînd astfel eliminarea corpilor străini obstruați.

După ce s-a asigurat cale liberă ventilației se continuă aplicarea respirației artificiale gură la gură. La început se insuflă de patru ori succesiv, fără pauză pentru expirație. În continuare se aplică respirația artificială cuplată cu masajul cardiac extern.

Dacă nu se poate face dezobstrucție, se practică intubația traheală sau, mai ales, traheostomia.

În caz de invadarea căilor respiratorii superioare cu lichid se face drenaj postural, așezînd victima în decubit latero-ventral cu o înclinare în jos a capului de aproximativ 10°. Se încearcă eliminarea lichidului și prin metoda compresiunii asupra diafragmului, descrisă mai sus.

c) *Respirația artificială.*

• *Respirația gură la gură* este metoda cea mai folosită și cea mai eficientă.

Cu insuflații medii (expirație medie) se introduc aproximativ 200 ml aer; cu insuflații ample, 500 ml aer.

Respirația gură la gură se face fie într-un ritm de 30 ori/minut cu debit mediu (200 ml per insuflație), fie de 15—16 ori/minut, cu debit mare (570 ml per insuflație). Respirația gură la gură se cuplează cu masajul cardiac extern: o insuflație la 5 compresiuni asupra cordului (la un ritm de 60/minut) sau 2—4 insuflații rapide una după alta, fără pauză pentru expirația pasivă din partea victimei, tot la 15 compresiuni cardiace (la un ritm de 80 compresiuni/minut).

• *Varianta gură-nas* se face la fel cu cea gură-gură, cu deosebirea că reanimatorul își aplică gura peste nasul victimei, gura acesteia fiind închisă.

• *Varianta gură-mască-gură, gură-tub* sau *pipă buco-faringiană* se aplică de îndată ce acestea devin posibile.

Complicație posibilă: insuflația stomacului cu destinderea acestuia, regurgitare de lichid cu invadarea căilor respiratorii.

Alte metode de respirație artificială:

• *Procedeul Silvester*

Victima este așezată în decubit dorsal. Reanimatorul stă la capul victimei și execută respirația cu ajutorul membrelor superioare ale victimei.

Expirația: reanimatorul prinde articulațiile pumnilor victimei și cu ele strîns ținute apasă puternic pe partea anterolaterală a hemitoracelor, diminuînd astfel diametrul antero-posterior al cutiei toracice.

Scanned with OKEN Scanner

Inspirația: reanimatorul trage puternic și cît mai mult în extensie forțată, membrele superioare ale victimei. Ritmul este de 16—18 cicluri respiratorii pe minut.

Contraindicații: fracturi ale membrelor superioare, fracturi toracice.

Eficiența procedeului este redusă.

• *Procedeul Schaefer*

Indicația: înecul

Victima este așezată pe sol, în decubit ventral, cu fruntea sprijinită pe mîinile flectate; un sul este așezat sub epigastrul bolnavului.

Reanimatorul stă călare pe coapsele victimei în genunchi.

Expirația: se apasă, cu ambele mîini, cu toată puterea, cu toată greutatea, pe bazele hemitoracelui.

Respirația: revenirea la poziția inițială.

Ritmul: 16—18 cicluri pe minut.

• *Procedeul Nielsen—Schaefer* combină procedeul Schaefer, executat de un reanimator, cu tracționarea și ridicarea brațelor victimei, cît mai sus, în timpul manevrei de inspirație, efectuate de o altă persoană.

d) *Reanimarea cardiacă*

Masajul cardiac extern începe imediat ce se constată lipsa bătăilor cardiace, lipsa pulsului carotidian.

Victima este așezată în decubit dorsal pe o suprafață plană, dură — cum s-a notat mai sus. Primele manevre care se încearcă sînt:

• hiperextensia capului pentru eliberarea căilor respiratorii;

• se ridică membrele inferioare la poziție verticală și se mențin ridicate 5—15 sec.; dacă este un singur reanimator, se începe reanimarea (respirație — masaj cardiac) după 5 sec.; dacă sînt doi reanimatori, membrele inferioare se țin ridicate 15 secunde, apoi se începe reanimarea;

• concomitent cu ridicarea membrelor inferioare, se aplică bătăi ferme, cu marginea ulnară a pumnului în porțiunea inferioară a sternului (se obțin rezultate în blocuri atrio-ventriculare).

Dacă nu se obțin rezultate, se începe masajul cardiac extern.

Reanimatorul se așează lateral, în dreptul toracelui victimei. Fixează locul unde se va executa compresiunea: în jumătatea inferioară a sternului pe punctul de inserție xifoido-sternală, la trei laturi de deget de vîrful apendicelui xifoid. Zona este fixată cu ajutorul degetelor cu care se urmărește marginea falselor coaste pînă la joncțiunea sternală. La nivelul acestei zone se așează podul palmei celeilalte mîini, astfel încît presiunea să se exercite pe

Scanned with OKEN Scanner

eminențele tenare și hipotenare, iar degetele mîinii să nu atingă peretele toracelui în timpul compresiunii. Peste palma așezată pe zona de compresiune se așează, similar, și palma cealaltă. Mîinile reanimatorului trebuie să fie cît mai paralel posibil, iar compresiunea se va face cît se poate de perpendicular pe toracele victimei (umerii reanimatorului să fie deasupra sternului victimei astfel încît presiunea să fie efectuată și prin utilizarea greutății jumătății superioare a corpului reanimatorului). Presiunea se exercită perpendicular cu brațele întinse, fără flectări din articulația coatelor. Se execută o presiune regulată, continuă, astfel ca sternul să coboare 3—5 cm spre coloana vertebrală. La sfîrșitul compresiunii se menține o scurtă pauză (pentru asigurarea golirii cît mai complete a inimii), și apoi se decomprimă (mulți indică o decompresiune bruscă), palmele reanimatorului rămînînd pe toracele victimei.

Eficiența masajului cardiac extern este apreciată prin:

- reapariția pulsului carotidian, sincron cu compresiunea toracică;
- creșterea tensiunii arteriale la peste 60—70 mmHg (pe cadranul unui tensiometru aplicat pe brațul victimei și în a cărui manșetă s-a pompat aer pînă la presiunea de 60 mmHg; apar mici oscilații ale acului manometric sau ale coloanei de mercur, în momentul în care, prin compresiune asupra inimii, tensiunea arterială depășește 60 mmHg);
- regresiunea midriazei în sistola eficientă;
- recolorarea tegumentelor;
- reluarea contracțiilor cardiace spontane;

Ritmul masajului cardiac este cuplat cu respirația artificială. De regulă se asigură 60—80 compresiuni/minut, cuplate cu 15 respirații gură la gură, în cadență de o compresiune pe secundă.

Dacă este un singur reanimator va face două — patru insuflații rapide una după alta — fără pauză de expirație pentru victimă — urmate de 15 compresiuni cardiace mai rapide, într-un ritm de 80/minut. Dacă sînt doi reanimatori, unul pentru resipratie, altul pentru masaj cardiac extern, tot la a 5-a compresiune cardiacă în ritm de 60/minut, se face o respirație (15/minut).

Complicațiile masajului cardiac extern:

Fracturi condro-costo-sternale; prin fragmentele osoase se pot produce rupturi de ficat, splină, cord, cu hemotorace, hemoperitoneu etc., uneori embolie grăsoasă, perforația stomacului, peritonită.

Contraindicații: traumatisme toracice, tamponadă cardiacă, operații recente pe torace, toracele rigid, embolia gazoasă.

Scanned with OKEN Scanner

Variante ale masajului cardiac extern:

- la sugar se masează doar cu două degete, la mijlocul sternului, cu apăsarea mică a sternului;
- la copii se masează cu o singură mînă sternul, apăsîndu-se doar cu 2—3 cm spre coloana vertebrală.

Deoarece la sugari și la copii, prin hiperextensia capului se ridică și porțiunea superioară a spatelui, în vederea aplicării masajului cardiac se va pune, între umerii victimei, o pătură sau un cearceaf împăturite etc. De asemenea, raportul compresiune-respirație este de 3:1, la un ritm de 80—100 compresiuni și 20 respirații/minut.

- Stopul cardiac „cu martori" (apărut la persoane aflate în compania altor persoane, cum ar fi pacienții monitorizați după un accident coronarian, la cei cunoscuți ca avînd bloc atrio-ventricular, cu sau fără pacemaker implantat) beneficiază de intervenție rapidă: în primul minut după oprirea inimii se aplică un mic stimul electric sau lovituri cu pumnul pe regiunea precordială la mijlocul sternului de la o înălțime de 15—20 cm.

Resuscitarea cardiacă electrică (se utilizează în unități speciale). Se aplică electrodul negativ, activ, colorat în negru pe locul impulsului cardiac maxim (în regiunea apexiană la locul V_5—V_6), iar electrodul pozitiv, indiferent, colorat în roșu, la o distanță de 10 cm spre baza cordului, pe marginea stîngă a sternului (la locul electrodului V_2).

Între electrozi și piele se aplică o pastă specială sau, în lipsă, un tampon îmbibat cu ser clorurat hipertonic.

Se aplică un șoc electric cu un voltaj de 40—60 la copii și de 100—150 la adulți, cu durată de 2—3 milisecunde.

Resuscitarea electrică este indicată în: bradiaritmii asociate infarctului miocardic, mai ales în blocul atrioventricular complet, cu infarct anterior sau cu infarct inferior, complicat cu insuficiență cardiacă severă, șoc cardiogen, sincopă. Are indicație, de asemenea, în blocul atrioventricular survenit după intervenții chirurgicale pe cord, în bradiaritmii simptomatice (postintoxicație digitalică ,tulburări electrolitice etc.) care nu răspund la tratamentul medicamentos aplicat, în tahiaritmii, care nu au răspuns la tratamentul cardiodepresor aplicat. Se poate întrebuința înainte de implantația unui pacemaker de durată, pentru a vedea dacă resuscitarea este eficientă.

Implantarea unui pacemaker (cu electrozi în contact cu inima pe cale epicardică sau transvenoasă) pentru pacing ventricular de lungă durată este indicată în:

Scanned with OKEN Scanner

a) bloc complet atrioventricular asociat cu atac sau atacuri de sincopă, insuficiență cardiacă congestivă, angină pectorală refractară la tratamentul medicamentos, simptome de insuficiență circulatorie cerebrală și/sau azotemie progresivă;

b) tulburări de ritm, cu perioade de bradiaritmie-tahiaritmie, tahiaritmie asociată cu sindrom WPW, bradiaritmie sau tahiaritmie, asociate cu intoxicație digitalică;

c) sincopa reflexă a sinusului carotidian rebelă la tratament;

d) tahicardia ventriculară recurentă, refractară la tratamentul medicamentos.

„Fixed rate pacemaker" poate fi utilizat în blocul a.v. complet. Nu este întrebuințat în blocul a.v. variabil sau în persistența extrasistolelor ventriculare.

„Demand pacemaker" (QRS inhibited sau QRS synchronous) poate fi utilizat în toate cazurile.

„Atrial synchronous demand pacemaker" se întrebuințează la tineri cu bloc complet atrioventricular congenital sau postchirurgical.

Un bolnav cu pacemaker poate beneficia de conversie electrică în caz de tahiaritmii sau fibrilație ventriculară. Înainte de aplicarea șocului electric se deconectează pacemakerul.

Defibrilarea, indicată în fibrilația ventriculară, se face cu defibrilator electric, al cărui electrozi sînt aplicați pe torace. Un electrod se aplică pe marginea dreaptă a sternului, în spațiul 2—3 intercostal stîng, iar celălalt pe linia axilară anterioară, în dreptul apexului, sau un electrod aplicat pe stern în dreptul apexului și al doilea posterior sub scapula stîngă.

Electrozii se aplică pe tegumentele uscate. Pentru oprirea unei fibrilații ventriculare este necesară o energie de 400 W. Dacă fibrilația nu se oprește, pentru un nou șoc se așteaptă cîteva secunde (în jur de 7″) pentru reîncărcarea electrozilor. În general nu sînt necesare mai mult de trei descărcări pentru a opri fibrilația ventriculară (sînt citate și cazuri care au necesitat însă peste 10 descărcări).

Defibrilarea va fi încercată cît mai curînd după precizarea diagnosticului. În primul minut de la instalarea fibrilației se obțin rezultatele cele mai bune; după două minute, rezultatele bune se obțin doar pînă la 33% din cazuri.

Cardioversia (conversiunea la ritmul sinusal) electrică este utilizată uneori și ca tratament de urgență. De regulă, cardioversia electrică se face după o prealabilă *pregătire a bolnavului.*

• bolnavului nu i se administrează nici lichide, nici alimente solide cu cel puțin opt ore înainte de cardioversie;

Scanned with OKEN Scanner

• premedicația: meperidine (Demerol — Mialgin) 100 mg+Fenobarbital 100 mg i.m.; cînd se întrebuințează energii peste 50 W, drogurile se administrează i.v.;

• dacă cardioversia se aplică unui bolnav digitalizat și nu a fost timp pentru a opri administrarea digitalicelor cu cel puțin două zile înainte, cardioversia se va încerca cu energii mici, 5 W și apoi se va crește progresiv la 25—50 W.;

• tehnica cardioversiei este similară cu cea a defibrilării; cardiovertorul este încărcat de obicei la 25 W; dacă nu se obțin rezultate, se crește la 50, 100, 200, 300, 400 W, la interval de 7″.

Chinidina, dacă nu a fost administrată în doze suficiente (0,30—0,40 g, tot la 6 ore) cu 1—2 zile înainte de conversie, se începe imediat după conversie și va fi continuată după aceea. Cazurile cu intoleranță la chinidină — sau la cei cu trombocitopenie înainte de administrarea chinidinei — nu se face cardioversie electrică.

Administrarea de anticoagulante se începe cu 10—12 zile înainte de cardioversie în cazurile de fibrilație atrială cu:

• antecedente tromboembolice,

• cînd fibrilația atrială este mai veche decît trei luni,

• cînd fibrilația atrială apare în leziuni valvulare mitrale de natură reumatică.

Indicațiile cardioversiei electrice

1) Fibrilația atrială: cu frecvență ventriculară mare, care nu răspunde la tratament medicamentos; cînd persistă insuficiența cardiacă congestivă în ciuda tratamentului cardiotonic; cînd fibrilația este acută, sub un an vechime; cînd persistă 2—3 luni după intervenția chirurgicală pentru valvulopatii mitrale reumatice; cînd — în cazul unui hipertiroidism — fibrilația persistă după corectarea acestuia.

2) Tahicardia paroxistică supraventriculară care nu răspunde la tratamentul medicamentos.

3) Tahicardia paroxistică supraventriculară cu sindrom WPW, asociată cu insuficiență cardiacă congestivă severă sau cu șoc cardiogen.

4) Tahicardia ventriculară cu stări grave, de șoc cardiogen sau insuficiență cardiacă congestivă, care nu a răspuns la tratamentul medicamentos; se aplică șoc sincron sau asincron (400 W); dacă apare fibrilația ventriculară se aplică un nou șoc electric.

5) Flutterul atrial care nu răspunde la tratament medicamentos; cardioversia se face cu energie foarte mică între 1—5 W.

Contraindicațiile cardioversiei

1) Fibrilația atrială (peste 1—2 ani vechime).

Scanned with OKEN Scanner

2) Fibrilația atrială cu ritm ventricular lent, în jur de 60 bătăi pe minut.

3) Fibrilația sau flutterul atrial cu bloc complet atrioventricular.

Contraindicațiile relative:

- sensibilitate la chinidină,
- în prezența hipokaliemiei,
- în intoxicație cu digitală,
- în prezența hipertiroidismului netratat,
- în prezența cazurilor de tahicardie paroxistică atît timp cît nu apare șocul cardiogen sau insuficiența cardiacă congestivă severă;
- cînd bolnavul este programat pentru intervenție chirurgicală pe cord;
- dacă prin alte două încercări de cardioversie nu s-au obținut rezultate.

Complicațiile cardioversiei:

- aritmii supraventriculare.
- tulburări în emiterea ritmului sinusal,
- aritmii ventriculare (dacă apare fibrilația ventriculară se aplică un nou șoc cu 400 W);
- mai rar, edem pulmonar acut (după reinstalarea ritmului sinusal), embolii pulmonare sistemice.

TRAHEOTOMIA — TRAHEOSTOMIA

Este indicată în obstrucția căilor respiratorii superioare la nivelul laringelui, obstrucție realizată prin traumatisme, corpi străini, laringită sufocantă, crup difteric, tumori, accidente anestezice, edem sau spasm glotic etc. Traheostomia are indicații și în cazuri de obstrucție sub nivelul laringelui, fiind folosită pentru extracția corpilor străini, aspirație etc.

TEHNICA TRAHEOSTOMIEI

Bolnavul este așezat în decubit dorsal cu hiperextensie cervicală prin așezarea unui sul sub regiunea interscapulară.

Zona de abordare a traheei este triunghiul lui Chevalier—Jackson (sus — cartilagiul cricoid, lateral — marginile interne ale mușchilor sterno-cleido-mastoidieni, vîrful de jos — furculița sternală).

Se face dezinfecția cîmpului operator.

Scanned with OKEN Scanner

Nu se face preanestezie. Deseori nici anestezia locală nu este necesară; cînd se face, se infiltrează pielea liniei mediane cervicale și planurile subcutanate cu soluție de xilină 2%.

Laringele este fixat cu policele în indexul stîng. Se face incizia mediană a pielii de la cartilagiul tiroid, pe o lungime de cîțiva cm, pînă la furculița sternală. Se descoperă traheea traversînd fascia cervicală superficială și mijlocie; se îndepărtează lateral mușchii subhioidieni. Pentru evitarea reflexelor de tuse și expectorație produse prin incizarea traheei se injectează intratraheal, printr-un spațiu intercartilaginos, 1 ml xilină 1% sau cîteva picături din soluția de cocaină 5%. Traheea se incizează strict pe linia mediană, pe o lungime de 1—3 cm, la nivelul inelelor 1—3 sau 3—4.

Se îndepărtează buzele traheale și se introduce canula. Se controlează poziția ei și se fixează cu ajutorul șnurului care ține pavilionul canulei.

Plaga se suturează cu 1—2 fire de sutură la tegumente.

Dacă nu există canulă traheală, se poate folosi un tub de cauciuc (10—15 cm lungime) prevăzut cu un ac de siguranță infipt la capătul exterior. În lipsa și a acestui tub, traheea se menține deschisă cu o pensă Péan sau prin coaserea buzelor traheei la piele (traheotomie).

Decanularea se face la 4—5 zile. după ce pericolul asfixiei a trecut.

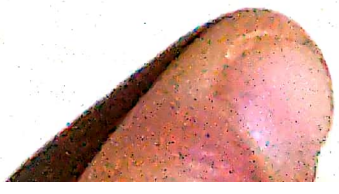
Accidente: hemoragie, infecție, nefuncționarea canulei.

ADMINISTRAREA OXIGENULUI (OXIGENOTERAPIA)

Sursa de oxigen poate fi o stație centrală cu distribuire prin conducte la nivelul salonului bolnavului sau un rezervor tubular de oțel care conține O_2 comprimat pînă la o presiune de 120—150 atmosfere. Tuburile de O_2 se țin vertical. În partea lor superioară se adaptează reductorul de presiune cu 2 manometre (unul pentru presiunea și volumul O_2 din tub, altul pentru presiunea și volumul O_2 care iese din tub și merge spre bolnav).

Pentru a reduce acțiunea iritantă asupra mucoasei căilor respiratorii, oxigenul este umectat prin barbotarea lui sub apă, pusă în acest scop într-un tub de sticlă special sau într-un borcan de sticlă ermetic închis. Oxigenul ajunge printr-un tub lung sub apa din borcan; printr-un alt tub scurt, introdus foarte puțin în vasul cu apă, oxigenul umidificat iese și merge la bolnav.

Administrarea oxigenului se face prin:



• *aspirarea directă* a oxigenului dintr-un balon printr-un tub introdus în gură sau în una din nările bolnavului; metoda este folosită doar cînd nu este posibil alt mod de administrare;

• *administrarea intranazală prin sondă Nelaton* introdusă prin nările bolnavului pînă la faringe (6—8 cm). Sonda este racordată la rețeaua centrală sau la bomba de oxigen, prin reductorul de presiune și umidificator; se administrează la un ritm de 8 l/minut asigurînd o concentrație de aproximativ 40%;

• *ochelari de oxigen, mască de oxigen* și *cort de oxigen* sau alte moduri de administrare a O_2 (la 6 l/minut se obține o concentrație de 50—60% O_2, iar la 12 l/min, o concentrație de 75—100% O_2);

• *insuflație cu O_2 (oxigenoterapie sub presiune)* se întrebuințează în caz de abolire a respirației. Se face prin mască sau, dacă este posibil, prin intubație orotraheală cu sonde cu balonaș care etanșează perfect traheea (se asigură o presiune inspiratorie pozitivă de 1—6 cmc H_2O prin mască și 15—20 cm H_2O prin intubație).

Dintre respiratoarele (aparate pentru oxigenoterapie sub presiune) la îndemînă, medicul practician poate folosi aparatul „Oximat", acționat manual, un respirator cu burduf prevăzut cu un sistem de supape care reglează circuitul gazelor. Masca aparatului are o supapă pentru eliminarea aerului expirat. În lipsa oxigenului se poate folosi și aerul atmosferic (ca și în cazul respirației „gură la gură").

În spitale, pentru oxigenoterapie în cazuri de stop respirator, se utilizează respiratoare tip „Pulmonnat" sau aparate de narcoză în circuit închis.

În stare pură, O_2 nu poate fi administrat mai mult de 12 ore.

Administrarea O_2 este indicată în: edem pulmonar acut (pentru acțiune antispumoasă O_2 este barbotat printr-o soluție de 20—40% alcool), atelectazie pulmonară, bronhopneumopatie, tetanos, intoxicații cu gaze sufocante, stări de insuficiență cardiacă și/sau respiratorie etc.

INJECȚII

a) *Injecții intradermice:* se utilizează un ac foarte mic și subțire (nr. 16, 18) atașat la o seringă.

În urgență, sînt întrebuințate, mai ales pentru terapia reflexă: se injectează soluții hipertonice care produc dureri sau, dimpotrivă, cantități mici de procaină 0,5—1%. Prin injectare, dermul ia aspect de coajă de portocală.

Scanned with OKEN Scanner

b) *Injecții subcutanate*. Se utilizează ace subțiri, cu bizou lung, bine ascuțit. Se administrează droguri medicamentoase, vaccinuri, seruri și anumiți hormoni. Se pot face injecții hipodermice mai ales în anumite regiuni: porțiunile latero-superioare ale brațelor, cele 2/3 inferioare ale porțiunii anterioare a antebrațelor, porțiunea antero-laterală a coapselor, laterală a gambelor, regiunea abdominală (exceptînd zona liniei albe) etc.

c) *Injecții intramusculare* (utilizate pentru soluții apoase și soluții oleioase). Este necesar un ac suficient de lung (5—8 cm) și suficient de gros (pentru soluțiile oleioase). Zona de elecție pentru injecții intramusculare este zona supero-externă, realizată prin intersecția perpendicularei pe mijlocul liniei orizontale care unește spina iliacă antero-superioară cu trochanterul mare. Soluțiile oleioase se injectează cît mai profund intramuscular. Înainte de injectarea soluțiilor se va face o aspirație în seringă pentru a se asigura că acul nu a pătruns într-un vas sanguin.

Incidente — accidente: lezarea nervului sciatic (nevrită sciatică), induratia dureroasă a țesuturilor (nodozitate), abcedarea.

d) *Injecții intravenoase, intraarteriale* (vezi Perfuzia — Transfuzia).

e) *Injecția intracardiacă*. Puncția cordului se face în spațiul IV intercostal, parasternal stîng. Este utilizată în stopul cardiac pentru introducerea de adrenalină, 5 ml din soluția 1/10.000, sau 5—6 ml calciu clorat (vezi „Puncția").

EMISIA DE SÎNGE

Se alege o venă de calibru mare și ușor accesibilă (la nivelul plicii cotului, mai rar jugulara externă, subclaviculara, femurala).

Se aplică garoul, se dezinfectează tegumentul și se punctionează vena cu un ac de calibru mare. Se extrage cu seringa sau se lasă să se scurgă pe acul liber 250—500 ml sînge.

Este indicată în insuficiență cardiacă stîngă acută (edem pulmonar), în supraîncărcări ale aparatului cardiovascular cu iminență de edem pulmonar, în unele forme de hipertensiune arterială, poliglobulie.

Cînd nu se poate găsi o venă pentru puncție și emisie, se va face o descoperire anatomică a unei vene sau, la nevoie, o flebotomie (cu bisturiu, lamă de ras, cuțit etc.).

În lipsa oricărei posibilități de flebopuncție sau flebotomie, se poate face o „emisie albă". Se aplică garouri la rădăcina membrelor, astfel ca prin rotație tot la 15—20 minute un membru să fie

Scanned with OKEN Scanner

liber și celelalte trei cu garouri aplicate. Strîngerea garoului se face pentru a împiedica circulația de întoarcere venoasă și limfatică, și nu pentru a împiedica circulația arterială (pulsul rămîne palpabil la nivelul membrelor cu garou).

HEMOSTAZA

Hemostaza poate fi medicamentoasă și/sau chirurgicală.

Hemostaza medicamentoasă se aplică în cazurile de hemoragii întîlnite în cursul diferitelor boli (purpure, epistaxis, metroragii). Pentru aceasta medicul are la dispoziție:

- *Vasoconstrictoare:* Adrenostazin și Ergomet;
- *Coagulante:* vitamina K (K_1, K_2, K_3), calciu gluconic și clorat, sulfat de protamină, fibrinogen uman, trombină umană, acid epsilon-aminocaproic, globulină antihemofilică A, extracte tisulare, sînge total.

Manopere de urgență (în lezări vasculare):

- *Modificarea poziției segmentului* lezat (ridicarea membrului cu hemoragie, flectare puternică a segmentelor deasupra sediului hemoragiei);
- *Compresiune digitală a arterei lezate* proximal de plagă. Compresiunea se face cu unul sau mai multe degete în anume locuri pentru fiecare arteră:

artera humerală — în șanțul bicipital intern, pe planul osos al humerusului;

artera femurală — la nivelul triunghiului lui Scarpa;

aorta abdominală — cu pumnul în dreptul ombilicului, pe coloana vertebrală;

artera carotidă primitivă — în șanțul carotidian, între conductul laringo-traheal și mușchiul sterno-cleido-mastoidian, pe coloana cervicală;

artera subclaviculară — înapoia mijlocului claviculei, contra coastei I;

- *Compresiune circulară* — în hemoragii externe ale membrelor, cu garou sau bretele, curea de pantaloni, cordon, cravată, fular, fașă, nu însă sfoară, sîrmă sau curele subțiri. Se aplică cît mai aproape de plaga arterială. Garoul este strîns pînă ce membrul respectiv devine palid și hemoragia se oprește. Dacă membrul este cianotic s-a realizat numai staza venoasă.

Se notează data și ora precisă a aplicării garoului.

Scanned with OKEN Scanner

Cauterizarea petei vasculare. Se face anestezia suprafeței sîngerînde cu ajutorul unui tampon de vată îmbibat în soluție de cocaină 5%. După 10—15 minute se aplică pe pata vasculară vîrful unui creion de nitrat de argint, soluție de acid tricloracetic sau clorură de zinc, ori pe cale electrică, cu ajutorul platinei sferice a galvanocauterului, sau prin diatermocoagulare.

TAMPONAMENTUL NAZAL

a) *Anterior.* Se face anestezia fosei nazale prin comprese îmbibate în soluție de cocaină 5%. Meșe late, de 1—3 cm și lungi de 0,5—1 m, sterilizate și îmbibate cu venostat și ulei de vaselină simplu, gomenolat sau eucaliptolat, sînt introduse pe rînd în fosa nazală, umplînd-o de sus în jos și dinapoi înainte. Meșele sînt așezate în straturi sub formă de acordeon, capătul inițial fiind plasat pe planșeul vestibulului nazal, iar capătul terminal peste cel inițial, în porțiunea anterioară a fosei nazale.

b) *Posterior.* Un tampon corespunzător mărimii cavumului se leagă cu trei fire de catgut sau de mătase. Cu ajutorul unei sonde Nelaton, introdusă prin narină în faringe și de aici trasă afară în cavitatea bucală, un fir este tras prin narina stîngă, unul prin narina dreaptă și apoi împreună trag tamponul în cavum; celălalt fir rămas este fixat afară la nivelul comisurei labiale cu leucoplast (va servi pentru scoaterea tamponului). Tampoanele nazale nu se țin mai mult de 48 ore.

PERFUZIA

În reechilibrarea hidroelectrolitică și energo-metabolică a organismului, un rol deosebit revine perfuziei, adică administrării substanțelor necesare direct în circulația sanguină (pe cale intravenoasă, intraarterială, rar intracardiacă sau intralimfatică). Cea mai utilizată este calea intravenoasă. Pentru reechilibrare electrolitică se întrebuințează și calea subcutanată.

Perfuzia intravenoasă. Mai frecvent abordate sînt venele plicii cotului (vena mediană basilică și mediană cefalică). Din cauza calibrului mic, a fragilității pereților și a faptului că sînt „libere" și „fug" în momentul puncționării, venele dorsale ale mîinii, cele din „tabachera anatomică" și venele feței dorsale a piciorului sînt rareori folosite pentru perfuzii prelungite.

Scanned with OKEN Scanner

Vena safenă poate fi puncționată înaintea maleolei interne sau la 1—2 cm. înapoia crestei tibiale, în treimea medie a gambei.

Vena jugulară externă este folosită la copii; venele epicraniene sînt utilizate la noi-născuți.

Pentru puncția venei femurale se ia ca reper artera femurală (după pulsație) și se puncționează la 1 cm intern de arteră, la baza triunghiului lui Scarpa.

Puncția venei subclaviculare se face cu un ac de 4—7 cm, deoarece vena este la 4—5 cm în profunzime. Se urmărește cu degetul marginea superioară a primei coaste în fosa subclaviculară; la 2 cm în afară de articulația condrosternală se puncționează oblic spre înăuntru, acul fiind montat la seringă. Dacă nu s-a reușit prinderea venei prin pătrunderea acului la 3—7 cm, se retrage încet acul aspirînd pînă ce apare sînge în seringă.

Pericole: înțeparea arterei, a plexului brahial, a domului pleural, pneumotorace, embolie gazoasă.

Sistemul venos mai poate fi abordat, pentru *perfuzie prin cateterizare, prin descoperire anatomică* (incizia tegumentelor, descoperirea venei, introducerea cateterului în venă prin flebotomie) și prin *cateterizare transcutanată* (cu ajutorul unui ac cu mandren se face puncția venoasă transcutanată, se scoate mandrenul și se introduce cateterul în venă).

Perfuzia intraarterială este utilizată în cazuri de extremă urgență: stop cardiac, hemoragii.

Puncția arterială se efectuează fie direct cu acul de perfuzie, fie cu acul cateter. Se pătrunde în arteră, se dirijează acul 1—3 cm spre amonte. Perfuzarea se face sub presiune. Cea mai accesibilă arteră este artera femurală.

Perfuzia subcutanată (în acest caz de fapt perfuzia este, în mare măsură, prin sistemul limfatic) se întrebuințează mai mult ca o cale complimentară de perfuzie, mai ales pentru apă sau soluții hipotonice.

SUBSTANȚE PERFUZATE

Perfuzia se face cu sînge, plasmă (vezi „Transfuzia") sau o serie de soluții cu compoziții și indicații bine stabilite.

Soluții saline: soluție salină izotonică (ClNa 9‰), cunoscută mai ales sub denumirea de ser fiziologic, soluție salină hipertonată de ClNa 10%; soluție de ClK 7,4% sau 10%, bicarbonat de Na 14‰, lactat de Na 1,9%.

Soluții saline cu electroliți multipli:

- *Soluția Ringer:* clorură de K 0,3 g, clorură de Ca 0,5 g, clorură de Na 8,5 g, apă ad 1000 ml.

Scanned with OKEN Scanner

• *Soluția Darow:* clorură de K 2,8 g, clorură de Na 4,0 g, sol. lactat de Na 20%, 29,09, apă ad 1000 ml.

• *Soluția Krebs:* clorură de Na 7,0 g, clorură de K 0,28 g, fosfat acid de K 1,16 g, clorură de Ca 0,27 g, sulfat de Mg 2,60 g.

• *Soluția Buttler:* clorură de Na 0,58 g, clorură de K 0,89 g, fosfat de K bibazic 0,25 g, soluție lactat de Na 20% 11,2 g, glucoză 54,0 g, apă ad 1000 ml.

• *Soluția Jocke:* clorură de Na 9,0 g, clorură de K 0,075 g, clorură de Ca 0,10 g, bicarbonat de Na 0,10 g, glucoză 1,0 g, apă ad 1000 ml.

• *Soluția Hartmann:* clorură de K 0,8 g, clorură de Ca 0,5 g, clorură de Na 8,5 g, lactat de Na 3,1 g, apă ad 1000 ml.

Soluții cu osmolaritate mare: Manitol, uree, THAM.

Soluții glucozate, în concentrație de 5—10—20 și 33% glucoză (aport de apă și calorii). Pentru metabolizare corespunzătoare se adaugă, în soluțiile concentrate, insulină 1—2 U.I. per gram de glucoză.

Soluții substituente de volum plasmatic:

• *Dextrani:* Macrodex (în soluție salină sau glucozată: se menține în circulația 5—6 ore), Rheomacrodex (bun substituent în stările de șoc), Dextran—70 (bun substituent), Dextran—40 (ca substituent, antifibrinolitic).

• *Derivații de gelatină:* Plasmogel, Haemacel, Gelifundol.

• *Soluții de albumină umană, hidrolizate de proteine, aminoacizi,* în combinații diverse cu vitamine și săruri.

Soluții de lipide (Intralipid, Vitrum, Lipofundin, Lipom, Infonutrol etc.) sînt emulsii lipidice în fază apoasă, utilizate în alimentația parenterală.

Înainte de a instala o perfuzie trebuie controlat macroscopic flaconul de perfuzat și eticheta în care este trecută compoziția lichidului, data executării și cea a expirării valabilității flaconului.

Se precizează natura și cantitatea lichidelor de perfuzat.

O dată instalată perfuzia se reglementează, după necesitate, debitul perfuziei. Este de reținut că:

1 ml soluție apoasă = 20 picături
1 ml sînge = 15 picături

INCIDENTE ȘI COMPLICAȚII ÎN PERFUZIA INTRAVENOASĂ

a) *Datorite defecțiunilor tehnice:* înfundarea acului sau a cateterului, perfuzia paravenoasă (se scoate acul, local comprese reci și, la nevoie, infiltrație anestezică, hialuronidază), embolia gazoasă, ruperea și migrarea unor porțiuni din cateter etc.;

b) *Datorite lichidului perfuzat:*

• prezența impurităților, a substanțelor pirogene în soluție produce frison, febră, uneori stare de șoc. În astfel de stări se întrerupe perfuzia și se administrează, după caz, Romergan, Pentetrazol, cofeină, luminal, Mialgin, Hemisuccinat de hidrocortizon, Prednison, Novocainā, Norartrinal;

• infectarea soluției sau a trusei de perfuzie;

• cantitatea perfuzată necorespunzătoare; prea mică: sete, oligurie, febră; prea mare: edem pulmonar, intoxicația cu apă (hipertensiune intracraniană, cefalee, grețuri, vărsături, convulsii, comă); prea multe lichide hipotone: poliurie cu pierderea de Na și K prin urină;

• cantitate prea mare de Na: retenție hidrică, oligurie, hipertensiune, încărcarea circulatorie, edem pulmonar;

• cantitatea prea mare de K: modificări ECG, stop cardiac în diastolă;

• cantitatea prea mică de K: astenie, slăbiciune musculară, apatie, pareză intestinală, vezicală, ileus dinamic, modificări ECG, tulburări de ritm cardiac;

c) *Datorite incompatibilității medicamentoase* sau sinergismului medicamentos.

În general este bine ca în lichidul de perfuzie să se facă cît mai puține amestecuri de substanțe medicamentoase. Înainte de a introduce în flacon sau în tubul de perfuzare vreun medicament, să se asigure buna compatibilitate a acestuia cu soluția perfuzată. (ex. de incompatibilitate: bicarbonatul de Na cu săruri de calciu dau amestecuri inactive; ampicilina, penicilina G, polimicina se amestecă imperfect cu alte substanțe medicamentoase).

d) *Datorite reacțiilor locale și endovenoase:*

• perfuzarea paravenoasă a soluțiilor hipertone, a noradrenalinei, a luminalului etc. produce tumefacție, dureri, roșeață, chiar necroză;

• spasmul venos apare la soluții hipertonice, acide sau alcaline, reci; se manifestă prin edem, cianoză; dispare spontan sau la administrare — pe tubul de perfuzie — de novocainā 1%, 5—10 cm; în caz contrar se modifică compoziția soluției perfuzate;

• flebita, datorită iritației chimice sau, mai rar, infecției. Vena apare ca un cordon indurat, roșu, dureros, cu edem în jur. Tratament: comprese reci, aspirină, fenilbutazonă.

Scanned with OKEN Scanner

Determinarea compatibilității sanguine

Determinarea grupei sanguine din sistemul AB0 (aglutinogenul din hematii), după metoda pe lame a lui Beth—Vincent.

Se iau două lame de sticlă, se așează paralel și orizontal pe o masă cu fond alb.

Pe mijlocul lamei de sus se pune o picătură de ser hemotest grupa 0 (I), pe mijlocul lamei de jos se pune o picătură de ser hemotest grupa A (II) și la dreapta o picătură de ser hemotest grupa B (III).

Se dezinfectează pulpa degetului și se înțeapă cu un ac Franke sau cu un ac de seringă. Prima picătură de sînge se șterge, iar din a doua se recoltează sînge pe trei colțuri ale unei lame curate. Se amestecă pe rînd sîngele de pe colțurile lamei cu picăturile de ser hemotest (proporția sînge/ser să fie aproximativ 1/10—1/20).

Rezultatul se citește după cîteva minute. Sîngele cercetat face parte din

- grupa 0 (I): lipsă de aglutinare în toate trei picăturile de ser hemotest;
- grupa A (II): aglutinare în picătura de ser hemotest B (III) și în picătura de ser hemotest 0 (I);
- grupa B (III): aglutinare în picătura de ser hemotest A (II) și în picătura ser hemotest 0 (I);
- grupa AB (IV): aglutinare în toate cele trei picături de ser hemotest.

Determinarea aglutininelor din ser (proba Simonin) se execută în unități specializate.

Determinarea factorului Rh. Pe o lamă de sticlă se pun, în ordine de la stînga la dreapta, 3 picături de ser hemotest anti-Rh. În prima picătură se va amesteca sînge *sigur Rh pozitiv*, în ultima picătură de sînge *sigur Rh negativ*, iar la mijloc, sîngele de cercetat.

Lama se așează pe două baghete într-o cutie Petri, pe a cărui fund s-a pus o rondelă de hîrtie de filtru îmbibată cu ser fiziologic. Se pune capacul cutiei și se așează la termostat 37°C pentru o oră.

Dacă în picătura din mijloc, cea care este cercetată, apare aglutinare concomitent cu aglutinare în prima picătură martor Rh pozitiv, sîngele cercetat este Rh pozitiv.

Scanned with OKEN Scanner

Dacă apare aglutinare în picăturile din mijloc și din dreapta, sîngele cercetat este Rh negativ.

Proba compatibilității directe majore a lui Jeanbrau. Pe o lamă de sticlă se pune o picătură mare de ser sau plasmă de la primitor. Cu colțul altei lame se amestecă o mică picătură de sînge de la donator. Lama se așează pentru 30 minute la termostat 37°C. Aglutinarea demonstrează o incompatibilitate certă (proba e valabilă pentru transfuzii cu cantități mici de sînge la persoane care nu au pierdut mult sînge).

Proba compatibilității biologice Oehlecker (vezi mai jos).

Valabilitatea produselor de sînge livrate la noi în practica medicală:

- sînge integral — 21 zile,
- masă eritrocitară — 3 zile,
- masă leucocitară — 24 ore,
- masă trombocitară — 6 ore,
- plasmă uscată — 10 ani,
- plasmă lichidă — 9 luni,
- plasmă antihemofilică uscată — 1 an,
- hematii spălate (pentru evitarea imunizărilor plasmatice) — 6 ore.

- *Păstrarea sîngelui și a derivatelor injectabile* se face la temperatura 4—8°C. Nu se admit variații de temperatură căci favorizează liza eritrocitelor; sub 4°C se distrug eritrocitele; peste 8°C scade valoarea biologică, infecțiile devin frecvente;
- *Verificarea etanșeității flaconului:* capsula metalică de siguranță sau învelișul de celofan să fie intacte, dopul să fie parafinat, să nu aibă orificii de perforație, capsula cu filet să fie bine închisă.

Flaconul trebuie să aibă eticheta lipită și talonul de control legat de gîtul flaconului intacte și cu datele completate și concordante. Culoarea acestora este diferită pentru fiecare grupă sanguină: albă pentru 0 (I), albastră pentru A (II), roșie pentru B (III) și galbenă pentru AB (IV).

- *Verificarea conținutului flaconului.* În poziție verticală, după sedimentarea elementelor figurate, în flaconul de sînge se observă trei straturi:
- stratul superior, 55—60% din volum, plasmă, de culoare galbenă citrin clară;
- stratul intermediar, de 0,5 mm, de culoare albă-roșie gălbuie, reprezentat de leucocite;
- stratul inferior, 40—45% din volum, de culoare roșie-închisă: hematiile.

Scanned with OKEN Scanner

Flaconul cu plasmă poate fi stocat în orice poziție. Plasma nativă este de culoare galben-citrină sau ușor portocalie, opalescentă, translucidă, fără flocoane sau grunzi.

Plasma uscată se găsește în flacoane de 500 ml, în care se găsesc 150 ml substanță uscată cu aspect buretos, de culoare galbenă-aurie.

Sîngele conservat nu va fi întrebuințat, nu este valabil, cînd se constată:

- *hemoliză:* plasma are culoare roșie, care nu dispare nici prin sedimentare și nici prin centrifugare;
- *coagulare:* în masa sanguină se observă cheaguri;
- *infecție*: plasma este tulbure, cu cheaguri, flocoane, pelicule; prin deschiderea capsulei cu ghivent se constată gaze de putrefacție; sîngele are miros caracteristic;
- *sînge chilos* (recoltat de la un donator care înainte de recoltare a luat un prînz bogat în grăsimi), plasma gri-unsurie, tulbure;
- *sînge icteric* (recoltat de la un donator cu afecțiuni hepatice icterigene): plasmă de culoare gălbuie-închisă.

Încălzirea sîngelui. Transfuzia se execută cu sînge încălzit la temperatura camerei (20°C) timp de două ore sau, mai deseori, încălzit de însăși temperatura corpului (se ține între coapsele bolnavului); în urgență va fi ținut cîteva minute la termostat (+37°C).

Tehnică

Transfuzia se face cu ajutorul truselor de transfuzie (perfuzie) special confecționate.

Se montează trusa de transfuzie — perfuzie, se evacuează aerul din sistemul de perfuzie și apoi se face puncția venoasă cu angajarea acului de puncție profund în venă.

Odată cu începerea transfuziei se urmărește și compatibilitatea sîngelui prin *proba biologică a lui Oehlecker:* se lasă să se scurgă în jet primii 10 ml sînge, apoi se încetinește ritmul la 10—15 picături pe minut pentru 10 minute. Se observă dacă apar fenomene de incompatibilitate: neliniște, senzație de frig, frison, cefalee, lombalgii, urticarie, congestie facială, tahicardie, hipotensiune etc. Dacă apar asemenea fenomene, se întrerupe transfuzia. Dacă nu apare nici un fenomen, se repetă manopera: jet rapid și apoi ritm lent; dacă nici acum nu apar fenomenele de incompatibilitate, se poate continua perfuzia cu ritm de 25—30 picături/minut (viteza

Scanned with OKEN Scanner

medie aproximativ 300 ml/oră); viteza se măreşte în cazuri de urgenţă.

Nu este admisă administrarea de medicamente sau alte soluţii de perfuzat în tubul de perfuzie sau în flaconul de sînge.

Calea de administrare

a) *Intravenoasă* — calea obişnuită.

b) *Intraarterială* — în cazuri de sincopă şi cord ineficient (după hemoragiile masive, şoc traumatic, arsuri, electrocutare etc.) sau în cazuri la care transfuzia intravenoasă a fost ineficientă.

Se repereză o arteră apropiată de cord (radială, humerală, carotidă), se puncţionează artera cu vîrful acului spre amonte. Sîngele se injectează sub presiune (începînd cu 60—80 mmHg, crescînd pînă la 180 mmHg), astfel încît curentul arterial retrograd să determine închiderea valvulelor aortice, iar sîngele să fie împins spre arterele carotide şi coronare, irigînd astfel creierul şi miocardul. Transfuzia intraarterială se consideră eficientă atunci cînd, după 10—150 ml sînge, injectat în cîteva minute, se reiau pulsaţiile cordului. În acest caz se aplică concomitent transfuzia intravenoasă şi — după observaţie corespunzătoare de 15—20 minute — se renunţă la transfuzia intraarterială.

c) *Intracardiacă* — la persoane cu moarte clinică.

Se face puncţia cardiacă în spaţiul IV intercostal, parasternal stîng, avînd acul ataşat la seringă; se aspiră continuu pînă la apariţia primelor picături de sînge. Apoi se adaptează la ac sistemul de perfuzie şi se face transfuzia sub presiune. Transfuzia încetează în momentul cînd inima începe să bată;

d) *Intraosoasă* — metodă utilizată numai atunci cînd celelalte căi de acces sînt imposibil de abordat.

Indicaţii

Transfuzia sanguină este indicată ori de cîte ori este nevoie de înlocuirea masei sanguine circulante pierdute prin hemoragii mari, în stările de şoc hipovolemic. Ritmul de transfuzare depinde de cantitatea şi viteza de pierdere a sîngelui; de exemplu, în hemoragiile masive cu tensiunea arterială sistolică sub 80—90 mmHg se va transfuza o cantitate mare (peste 500 ml) în jet continuu. În general, ritmul de transfuzare este dictat de valorile hematocritului, ale presiunii arteriale şi ale frecvenţei pulsului.

Scanned with OKEN Scanner

O altă indicație de urgență a transfuziei este intoxicația acută cu CO sau cu substanțe methemoglobinizante (în aceste cazuri se preferă însă exsanguinotransfuzia).

Transfuzia de plasmă este indicată în cazurile în care există pierdere de plasmă (plasmoragie); șoc traumatic fără hemoragie, arsuri, șoc după aplicarea garoului etc.

Alte indicații — de urgență relativă — ale transfuziei de sînge sau de plasmă sînt: anemii severe, hemopatii diverse, hipoproteinemii, intoxicații cronice profesionale etc.

Contraindicații

- cardiopatii cu insuficiență cardiacă acută (edem pulmonar) sau cronică;
- pneumopatii acute, bronhopneumopatii cronice obstructive cu insuficiență respiratorie;
- stări tromboembolice (tromboflebită, embolii pulmonare etc.);
- hipertensiune arterială permanentă sau paroxistică;
- boli febrile, tuberculoză miliară etc.

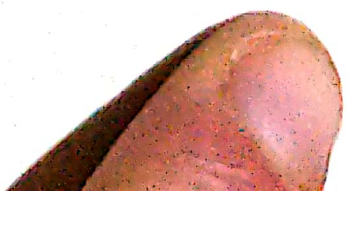
Accidente posttransfuzionale

Cauzele accidentelor posttransfuzionale sînt:

- transfuzarea unui sînge incompatibil;
- transfuzarea unui sînge Rh pozitiv la un bolnav cu Rh negativ, care posedă anticorpi anti-Rh;
- transfuzarea unui sînge de calitate necorespunzătoare, nevalabil (sînge hemolizat, infectat, coagulat, chilos etc.);
- greșeli de tehnică (embolie gazoasă, supraîncărcarea aparatului circulator);
- reactivitate deosebită a primitorului;
- pregătire și/sau utilizare defectuoasă a truselor de perfuzii.

Prevenirea accidentelor se face prin:

- determinarea riguroasă a grupelor sanguine și a Rh din sîngele donatorului și al primitorului;
- efectuarea obligatorie a probei de compatibilitate directă pe lamă (Jeanbrau);
- supravegherea toleranței biologice (proba de compatibilitate biologică Oehlecker);



Scanned with OKEN Scanner

• manipulare și tehnică ireproșabilă în pregătirea și efectuarea transfuziei.

Manifestările clinice pot fi: ușoare (cefalee, urticarie, subfebrilități) sau grave: frison sever, hematurie masivă, icter, șoc hemolitic, insuficiență renală acută.

1) **Șocul hemolitic** este cel mai grav accident posttransfuzional.

Se datorește distrugerii hematiilor donatorului prin izoanticorpi specifici naturali sau dobîndiți prin transfuzii, graviditate (greșeala în determinarea compatibilității) și distrugerii hematiilor primitorului în caz de transfuzii masive.

Momentul apariției și gravitatea semnelor de șoc sînt semnificative pentru aprecierea cauzei hemolizei; sînt precoce și grave în cadrul incompatibilității din sistemul grupelor 0AB (apar după administrarea primilor ml de sînge incompatibil); apar la cîteva ore în cadrul incompatibilității altor sisteme (Rh) sau în urma administrării de produse necorespunzătoare (sînge nevalabil).

Gravitatea șocului depinde și de cantitatea sîngelui și de viteza cu care acesta a fost perfuzat.

Simptomatologia clinică. Debutul este brutal, prin dureri lombare violente, dispnee, senzație de constricție toracică, cefalee de tip pulsatil, facies roșu-vultuos pentru scurt timp, apoi palid; grețuri, vărsături; alterarea rapidă a stării generale: hipertensiune, frison, tahicardie, prăbușirea tensiunii arteriale.

La cîteva ore apare urina de culoare roșie-închisă (hemoglobinurie), cantitatea de bilirubină liberă din sînge crește la 5—800 mg%

La 24—48 ore se instalează fenomenele de insuficiență renală acută. Bolnavul devine anuric, tegumentele și mucoasele se colorează subicteric, apare anemia, crește azotul ureic din sînge la 2—3 g‰, potasemia începe să crească, apare acidoza. Se conturează tabloul clinic al uremiei, cu vărsături, convulsii, respirație Cheyne—Stockes, comă, moarte.

Dacă evoluția devine favorabilă în urma tratamentului aplicat, se trece în faza de reluare a diurezei, cu ameliorarea treptată a stării generale, scăderea azotului și a potasiului seric, cu creșterea concomitentă a concentrației acestora în urină.

Nu se pun probleme de diagnostic diferențial, date fiind condițiile de apariție a șocului hemolitic. Probleme de diagnostic se ridică în măsura în care afecțiunea de bază sau terenul pe care evoluează imprimă unele note particulare șocului posttransfuzional.

Scanned with OKEN Scanner

Tratament. În faza de debut:

• întreruperea transfuziei,

• combaterea şocului: 0,01 g morfină sau 0,1 g Mialgin subcutanat, antihistaminice de sinteză (0,05 g Romergan intramuscular) şi perfuzie intravenoasă cu 200 mg hemisuccinat de hidrocortizon, în glucoză 5%.

În faza de insuficienţă renală acută:

• dacă fenomenele nu cedează, se continuă perfuzia de glucoză 5%+hemisuccinat de hidrocortizon şi se administrează 10—20 ml soluţie 10% de clorură de calciu şi 10—20 ml novocaină 1%. Se completează cantitatea de lichide şi săruri necesare prin perfuzarea de ser fiziologic, ser bicarbonat, Rheomacrodex şi Manitol; se asociază furosemid 4—8 fiole pe 24 ore. Se adaugă vitamine din complexul B, vitamina C, anabolizante;

• dacă, în ciuda tratamentului, azotul ureic sanguin creşte la peste 300 mg%, K seric la peste 6 mEq/1, se indică aplicarea rinichiului artificial (hemodializă), dializă peritoneală sau exsanguinotransfuzie.

2) **Accidente prin pirogeni,** datorite utilizării unor materiale insuficient pregătite (mecanic, chimic, sterilizare).

• *Simptome:* frison, febră, cefalee, greţuri, vărsături, herpes. Evoluţia este, mai frecvent, benignă; poate apare însă şi starea de şoc.

• *Tratament:* întreruperea transfuziei, Romergan 1 fiolă (0,05 g) i.m. sau 0,01 g morfină s.c.

3) **Accidentele infecţioase** posttransfuzionale nu reprezintă, de regulă, urgenţe medicale. Se pot transmite: hepatita epidemică, malaria, luesul şi infecţiile exogene dezvoltate în flaconul de sînge.

4) **Accidente prin supraîncărcarea circulaţiei:** la bolnavii cu cardiopatii anterioare, hipertensivi, renali cronici etc. prin supraîncărcarea circulaţiei poate apare edemul pulmonar acut.

• *Tratament:* întreruperea transfuziei şi efectuarea emisiei de 200—400 ml sînge, apoi strofantină 0,25 mg sau digitală injectabil (Digoxin 0,25 mg i.v.), oxigen barbotat în soluţie de alcool 40% (ca substanţă antispumoasă), luminal sau Mialgin s.c.

5) **Accidente prin defecte în tehnica perfuziei:**

Embolia gazoasă apare atunci cînd în sistemul tubular a rămas aer, cînd se pompează sîngele cu presiune sau cînd perfuzia se face într-o venă care aspiră (vena subclaviculară, vena cavă).

• *Tratament:* oxigenoterapie, cardiotonice, uneori puncţia ventriculului drept, cu aspiraţia aerului.

Scanned with OKEN Scanner

Embolia prin cheaguri pătrunse din flaconul de sînge.

• *Tratament:* (vezi „Embolia pulmonară", „Ischemia acută periferică").

Pregătirea necorespunzătoare a materialului pentru transfuzie (flacoane, soluție stabilizatoare, perfuzare), încălzirea insuficientă a flaconului cu sînge etc. pot antrena accidente foarte grave.

6) **Accidente datorită intoleranței la plasmă.** Se manifestă prin fenomene alergice: urticarie, frison-febră, hipotensiune, edeme.

• *Tratament:* antihistaminice, cortizon, calciu.

7) **Intoxicația cu citrat de Na.**

În transfuzii masive, cantitatea mare de citrat de sodiu introdusă duce la scăderea calcemiei și la alcaloză. Apar crize de tetanie, aritmii.

În mod profilactic, se fac injecții intravenoase cu calciu gluconic, 10 ml la 1000 ml sînge conservat transfuzat.

În cazul unui accident posttransfuzional se refac toate determinările de compatibilitate.

Cazurile grave trebuie raportate centrelor de recoltare și conservare a sîngelui.

PUNCȚIILE

Prin puncție se realizează pătrunderea cu un ac sau trocar într-o cavitate sau organ în scop diagnostic sau terapeutic.

Locul puncției este în prealabil anesteziat prin infiltrație cu novocaină 1%. Este bine ca, mai ales în punctiile cavităților seroase (pleură, pericard), să se facă și o preanestezie generală cu 30 minute înainte de puncție cu Hidromorfon — atropin 1 fiolă sau cu Mialgin + 1/2 fiolă atropină.

Trebuie respectate regulile de asepsie și antisepsie.

Puncția cavității pleurale (toracocenteză)

Indicații diagnostice, pentru precizarea existenței și a naturii colecției pleurale.

Indicații terapeutice: evacuarea colecțiilor mari, compresive, asupra plămînului, cordului și mediastinului, a colecțiilor purulente, a hemotoracelui compresiv, introducerea substanțelor medicamentoase (antibiotice, hidrocortizon).

Scanned with OKEN Scanner

Tehnica. Se face preanestezie generală cu 30—60 minute înainte de puncție cu Hidromorfon — atropin 1 fiolă, administrată subcutanat.

Bolnavul stă în poziție șezîndă sau în decubit lateral, membrul superior de partea puncției va fi ridicat, cu palma sprijinită pe cap (se lărgesc spațiile intercostale).

Se dezinfectează locul cu tinctură de iod, se infiltrează peretele toracic în dreptul locului de puncție pînă profund sub pleura parietală cu soluție de novocainã 1%.

Puncția se face în punctul cel mai decliv al colecției pleurale, în plină matitate, mai frecvent în spațiul VIII intercostal pe linia axilară posterioară. Se repereză cu indexul marginea superioară a coastei subiacente și se pătrunde cu acul perpendicular deasupra indexului, cît mai aproape de marginea superioară a coastei. Pătrunderea acului dă senzația de scăpare în gol.

Incidente și accidente:

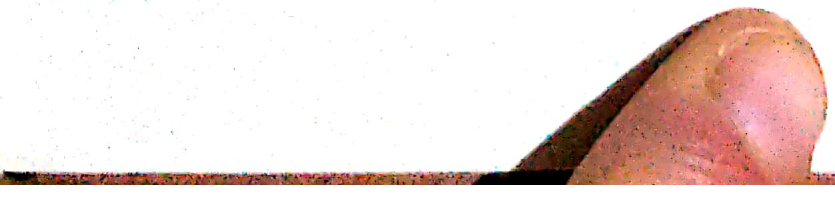
- *puncția „albă":* nu există colecție intrapleurală, plasarea deficitară a acului, înfundarea acului cu false membrane, secreții vîscoase;
- *pătrunderea acului în plămîn:* se aspiră sînge spumos;
- *emfizemul subcutanat și pneumotoracele accidental* (fără repercusiuni, spontan reversibil);
- *infectarea pleurei;*
- *edemul pulmonar acut* prin decompresiune bruscă, atunci cînd se evacuează o cantitate mare de lichid (edem „ex vacuo"); tratament: oxigen, cardiotonic, aspirație bronșică, sedative;
- *șocul pleural — sincopa cardiorespiratorie.* Se produce, de regulă, la înțeparea pleurei. Este grav, deseori fatal. De aceea se impune profilaxia șocului pleural prin realizarea preanesteziei generale și a anesteziei locale. *Tratament:* măsuri de reanimare cardiorespiratorie (masaj cardiac, respirație artificială, reanimare cardiacă chimică și/sau electrică, oxigen, perfuzii sub presiune).

Puncția cavității peritoneale (paracenteză)

Tehnică. Este bine să se facă preanestezie generală (Hidromorfon — atropină); se face infiltrație anestezică locală.

Poziția bolnavului: decubit dorsal. Locul puncției este la unirea 1/3 externe cu 1/3 mijlocie a liniei spino-ombilicale în fosa iliacă stîngă. Înainte de puncție, bolnavul își va goli vezica urinară.

Puncția se face cu ajutorul unui trocar care, după trecerea de tegument, este împins progresiv, cu mișcări rotative, 2—3 cm pînă



Scanned with OKEN Scanner

se simte senzația de pătrundere în gol. De regulă, indexul mîinii care apasă trocarul este așezat pe acul trocarului la nivelul pînă la care se crede că este necesară pătrunderea trocarului pentru a ajunge în cavitatea peritoneală. După pătrunderea trocarului în cavitatea peritoneală se scoate mandrenul; dacă există colecție lichidiană, aceasta se va scurge prin trocar. Cantitatea de lichid extras nu va depăși, la o puncție, 4—5 l, iar debitul de evacuare nu va depăși 1 l/5 minute.

La sfîrșitul puncției se va preveni fistula ascitică prin compresiune și masaj local sau prin punerea a 1—2 agrafe. De asemenea, dacă s-a extras o cantitate mai mare de lichid ascitic, pentru a preveni colapsul ortostatic, este bine ca abdomenul bolnavului să fie strîns legat, ca într-un corset, cu ajutorul unui cearșaf.

Puncția exploratorie se poate face și la nivelul fundului de sac a lui Douglas. Puncția terapeutică, evacuatorie, se face în ascite masive (mai ales în ciroza hepatică), care produc jenă în respirație și circulație.

Incidente — accidente:

- *puncția albă,*
- *întreruperea scurgerii lichidului ascitic,* datorită alipirii de orificiul trocarului a epiploonului sau a unei anse intestinale; se apasă peretele abdominal din apropierea trocarului sau se schimbă puțin poziția acestuia;
- *peritonită,* prin transmiterea infecției sau prin lezarea organelor cavitare;
- *șocul peritoneal — sincopă cardiorespiratorie.* Tratamentul: ca și la șocul pleural;
- *colaps vasomotor* datorit reflexelor plecate de la nivelul seroasei peritoneale, decompresiunii bruște cu consecințe hemodinamice grave etc. Se manifestă prin: transpirații, puls filiform, prăbușirea tensiunii arteriale. Tratamentul: transfuzii, hemisuccinat de hidrocortizon, substanțe vasoactive, soluții glucozate, bicarbonatate, THAM etc. în perfuzie.

Puncția pericardului

Indicată în scop terapeutic în tamponada cardiacă (hemopericard, pericardită) și pentru introducerea de substanțe medicamentoase intrapericardice; în scop diagnostic, se face pentru precizarea diagnosticului etiologic.

Tehnica. Se face preanestezie generală și anestezie locală. Bolnavul stă în poziție de semidecubit dorsal. Tot timpul puncției se

Scanned with OKEN Scanner

monitorizează ECG și pulsul bolnavului. Puncția se face în partea inferioară a sacului pericardic. Se întrebuințează un ac de dimensiuni medii; dacă se suspectează lichid purulent, grosimea acului va fi corespunzătoare. Se utilizează una din următoarele tehnici ale puncției:

- acul pătrunde *sub apendicele xifoid* pe linia mediană; pe măsura pătrunderii acului se apleacă încet pavilionul acului pe abdomen răzînd fața posterioară a sternului. Se ajunge la cavitatea pericardică după 6 cm la adulți, după 4—5 cm la copii (tehnica Marfan);
- în *spațiul V intercostal stîng*, în afara apexului dar în interiorul matității pericardice, la 2 cm de marginea stîngă a matității (tehnica Dieulafoy);
- în *spațiul IV/V intercostal stîng*, la 3 cm de marginea sternului, cu acul îndreptat înăuntru și înspre median;
- în *spațiul IV intercostal drept*, la 1 cm median de marginea dreaptă a matității cardiace (tehnică utilizată pentru colecții predominante închistate în dreapta);
- *în spațiul V/VI intercostal drept* la marginea sternului cu acul îndreptat spre înăuntru și median;
- în *spațiul VII—VIII intercostal stîng* posterior, pe linia mediocscapulară cu acul îndreptat înainte și median, membrul superior stîng al bolnavului fiind ridicat; se utilizează în tamponada compresivă asupra plămînului.

Incidente — accidente

- *puncția albă,*
- *înțeparea miocardului* este fără consecințe dacă nu sînt atinse arterele coronare; se pot produce cîteva extrasistole trecătoare sau supradenivelări ale ST. La apariția acestora, acul este retras încet. În cazuri de leziuni miocardice difuze, severe, ca și în caz de lezare a ramurilor mari coronariene, poate apare *fibrilația ventriculară, ruptura cordului.* De aceea puncția pericardică este rezervată pentru serviciile în care este asigurată posibilitatea defibrilării electrice, pe lîngă celelealte măsuri de resuscitare cardiorespiratorie.

Puncția lombară

Rareori întrebuințată în urgențe ca puncție decompresivă în hipertensiunea lichidului cefalorahidian. Se utilizează atît pentru diagnostic, cît și pentru tratament în variate afecțiuni neurologice sau generale.

Tehnica. Pacientul stă în decubit lateral stîng, avînd o pernă sub cap (pentru ca partea cranială şi cea caudală a coloanei vertebrale să fie la acelaşi nivel) şi cu picioarele flectate cît se poate pe abdomen (pentru a lărgi spaţiile intervertebrale). Mai ales la persoane neliniştite, anxioase, se face o preanestezie generală.

Acul de puncţie (cu bont ascuţit, dar scurt) se introduce între apofizele spinoase ale vertebrei IV şi V lombare, la nivelul de întîlnire a liniei ce uneşte punctele cele mai ridicate ale crestelor iliace cu coloana vertebrală.

După puncţie lombară, pentru a evita „cefaleea puncţiei lombare", bolnavul va sta întins în pat 24 de ore.

Puncţia articulară

Rareori utilizată ca măsură de urgenţă; are indicaţii diagnostice şi terapeutice (în artrite, hidrartroze, hemartroze).

• *Puncţia articulaţiei umărului* se face pe faţa ei dorsală, cu braţul în uşoară abducţie, acul pătrunzînd sub acromion, median şi puţin cranial spre capul humeral.

• *Puncţia genunchiului:* acul poate pătrunde din ambele părţi, medial sau lateral, în punga suprapatelară sau în articulaţie, pe faţa antero-externă a acesteia, la nivelul de întretăiere a două linii perpendiculare ce trec la 1—2 cm de marginea superioară, respectiv marginea externă a rotulei; acul ia un traiect oblic spre centrul articulaţiei.

Puncţia evacuatoare a vezicii urinare

În obstrucţia uretrală subvezicală, atunci cînd nu se poate practica sondajul evacuator al vezicii urinare, se indică, puncţia vezicii urinare.

Tehnica: se pregăteşte regiunea pubiană (radere, dezinfecţie şi anestezie locală); se repereză marginea superioară a simfizei pubiene. Acul (trocarul) se introduce spre în jos şi înapoi în unghi de 45° — razant cu marginea — după 5—6 cm se ajunge în vezică. Urina este lăsată să se scurgă — nu se aspiră —. După scoaterea acului, local se aplică un pansament aseptic.

Scanned with OKEN Scanner

INTUBAȚIA GASTRICĂ

Se utilizează pentru spălătură gastrică, aspirație gastrică și pentru alimentare prin sondă.

Spălătura gastrică este folosită cu deosebire în intoxicații acute prin ingestie, pentru eliminarea substanțelor toxice.

Tehnica

Bolnavul stă în poziție șezîndă, cînd starea generală o permite, și în decubit dorsal în cazuri grave.

Se întrebuințează o sondă Foucher sau un tub de cauciuc prevăzut cu o pîlnie. Lichidul de spălătură este apa călduță. La sfîrșitul spălăturii se lasă în stomacul bolnavului lichid antidot.

Bolnavul este așezat pe scaun în fața unei vane, chiuvete sau lighean. Se pune un șorț de cauciuc pe picioarele bolnavului. Dacă victima nu este conștientă sau este agitată și se opune spălăturii, se fixează capul acesteia lîngă trupul executantului cu brațul stîng petrecut după gîtul bolnavului. Se deschide gura bolnavului (dacă nu vrea, se astupă narinele și atunci el va deschide gura). Cu mîna stîngă se fixează mandibula; policele apăsat între cele două maxilare, prin intermediul pielii obrazului, se opune închiderii sondei. Cu mîna dreaptă executantul introduce sonda prin mișcări lente de împingere. Sonda ajunge în stomac la aproximativ 45—50 cm de la arcada dentară. Pentru evacuarea stomacului se înclină brusc sonda cu pîlnia pentru a se scurge lichidul gastric. Se ridică apoi sonda și prin pîlnie se toarnă 200—500 ml apă călduță cu sau fără sare sau bicarbonat de sodiu, pînă ce se umple stomacul (apa rămîne în pîlnie), apoi se înclină bolnavul înainte și se lasă sonda cu pîlnia mai jos să se scurgă lichidul gastric.

Spălătura se face cu cantități mari de lichide (8—12 l), prin repetarea operațiunii de sifonare pînă ce se clarifică conținutul gastric. În apa pentru spălătură se pot adăuga diverse substanțe cu rol neutralizant, absorbant sau antidot.

Accidente

• Introducerea sondei sau a lichidului de spălătură în căile respiratorii. Faptul poate fi sesizat prin nepătrunderea sondei sau a lichidului, senzația de sufocare, tuse;

Scanned with OKEN Scanner

• aspirația de lichid de spălătură în căile respiratorii: tuse (va trebui supravegheat ulterior orice bolnav căreia i s-a făcut spălătură gastrică, în vederea unei posibile complicații pulmonare — pneumonia de aspirație).

Nu se face spălătură gastrică în intoxicații cu substanțe corosive (pericol de perforație); în stări comatoase, spălătura se face cu prudență, sub controlul introducerii sondei în stomac (se face aspirația gastrică).

Aspirația gastrică constă din golirea lentă a stomacului printr-o sondă menținută în stomac un timp mai îndelungat.

Este utilizată la bolnavi cu ocluzie intestinală, ulcer perforat, postoperator (pe stomac, duoden, ficat, căi biliare, pancreas etc.), cetoacidoză etc.

Se întrebuințează o sondă duodenală (Einhorn), care se introduce pe narina bolnavului. Sonda este împinsă progresiv; pentru trecere ușoară din faringe, bolnavului i se dă să bea apă cu linguriță, mișcările de înghițire facilitînd înaintarea. În medie după 65—70 cm, sonda a ajuns în stomac și prin aspirație se obține aer și/sau lichid gastric.

În condițiile unei instalații de aspirație negativă permanentă prin stație centrală, prin butelie de oxigen sau prin trompă de vid la curent de apă, presiunea negativă optimă va fi reglată la — 75 cm H_2O sau 5,5 cmHg.

Intubația duodenală, cu sonda Einhorn, și cea **intestinală,** cu sonda cu balonaș, se fac în scopuri diagnostice și numai cu totul excepțional în scopuri terapeutice (instilații medicamentoase).

Aspirația intestinală continuă poate temporiza intervenția chirurgicală în ileusul mecanic și este metodă principală de tratament în ileusul paralitic.

CLISMA

În stări de urgență medicală, clisma poate fi folosită ca mijloc de golire a conținutului intestinal (clismă evacuatorie) sau ca mijloc terapeutic, în scopul introducerii în organism a unor substanțe medicamentoase (clismă terapeutică).

a). *Clisma evacuatorie* se indică în unele forme de intoxicații acute și de ileus.

Pentru efectuarea clismei este nevoie de un irigator, un tub de cauciuc racordat la irigator și la o canulă rectală. Clisma evacuato-

Scanned with OKEN Scanner

rie se face cu apă călduță, la 22—30°C, la care se pot adăuga 1—2 linguriţe de săpun fărîmiţat, 2—3 linguri de glicerină, o lingură de sare de bucătărie sau de ulei de măsline etc.

Tehnica

Bolnavul este culcat în decubit lateral stîng, membrul inferior stîng fiind întins, iar cel drept în flexiune a coapsei pe gambă şi a gambei pe abdomen. La bolnavii astenici, clisma se face în decubit dorsal, aşezînd sub bazinul bolnavului o pernă pentru a-l ridica puţin. În unele cazuri se poate folosi şi poziţia genu-pectorală. Se toarnă în irigator 0,75—1,5 l lichid de clismă.

Se unge canula cu substanţă lubrefiantă, se deschide robinetul canulei şi se lasă să se scurgă primele cantităţi de lichid, se închide robinetul şi se introduce canula prin anus în rect. Introducerea canulei este uşurată prin mişcări de rotaţie în jurul axului longitudinal; se învinge rezistenţa sfincterului anal, cu vîrful canulei îndreptat în direcţia vezicii urinare, apoi se îndreaptă vîrful canulei puţin înapoi, în direcţia ampulei rectale. Se introduce canula pe o distanţă de 10—12 cm.

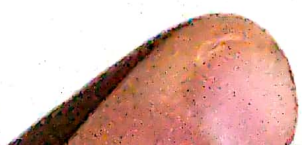
Dacă se întîmpină rezistenţă în introducerea canulei, nu se forţează, se dă drumul la puţină apă din irigator şi se continuă introducerea canulei cu manevrări lente.

După introducerea canulei irigatorul este ridicat la o înălţime de 0,5—1,5 m, în funcţie de rapiditatea cu care se doreşte introducerea lichidului în clismă (în medie 1 l. în 5 minute).

După terminarea clismei se scoate canula, bolnavul este culcat în decubit dorsal, apoi după cîteva minute în decubit lateral stîng.

Clisma înaltă se întrebuinţează pentru îndepărtarea conţinutului părţilor superioare ale colonului. Se întrebuinţează o canulă flexibilă care se introduce în rect pe o distanţă de 30—40 cm. Se utilizează 2—3 l. apă de clismă, la temperatură mai scăzută (15—16°), iar irigatorul se ridică la înălţime mare (1,5—1,75 m).

Clisma prin sifonaj sau *spălătura intestinală* sînt întrebuinţate pentru evacuarea produselor patologice, a toxinelor, precum şi în pareze intestinale, ocluzii intestinale. Se utilizează sonde rectale de 35—40 cm lungime, prevăzute cu orificii largi. Irigatorul este înlocuit cu o pîlnie. Se face clisma după technica clismei înalte şi apoi spălătură după tehnica spălăturii gastrice. Se întrebuinţează apă caldă la 35°. Operaţia de sifonaj: se introduce apă în colon, apoi pîlnia este coborîtă sub nivelul colonului lăsînd să se scurgă apa care antrenează în ea conţinutul colonului. Operaţia se repetă



Scanned with OKEN Scanner

de 5—6 ori pînă ce prin tub se evacuează apă curată (deci cu aproximativ 6—10 l. apă).

Clisma terapeutică — în urgențe medicale — se întrebuințează pentru introducerea în organism a anumitor substanțe medicamentoase, atunci cînd calea orală nu este practicabilă, la bolnavii inconștienți, în comă etc.

Clisma terapeutică se folosește mai ales pentru: cloralhidrat, sulfat de magneziu, clorură de calciu, digitală, tinctură de opiu, chinină etc.

Clisma terapeutică se face totdeauna la 1—1 1/2 oră după o clismă evacuatorie.

Medicamentele se administrează sub formă de *microclisme* (substanța medicamentoasă se dizolvă în 10—15 ml apă, ser fiziologic sau soluție izotonică de glucoză și, cu o seringă, adaptată la o sondă rectală, se injectează soluția încet în rect) sau, pentru o cantitate mai mare de soluție medicamentoasă, sub forma *clismelor picătură cu picătură* (se întrebuințează un tub de perfuzie prevăzut cu picurător Martin). Soluția medicamentoasă trebuie să aibă temperatura optimă de toleranță și absorbție (în jur de 35°C). Ritmul de introducere a lichidului este de 30—60 picături pe minut. Prin clisme goutte à goutte se pot introduce în organism 1—2 l. soluții medicamentoase în 24 ore.

Clisme hidratante. Se pot administra: ser fiziologic, soluție Ringer, glucoză 4,7%, dextran, hidrolizate de proteine, alcool în soluție de 3—4%.

SONDAJUL VEZICII URINARE

Sondajul vezicii urinare se face în condiții de asepsie și antisepsie (instrumentar și manoperă), cu ajutorul sondelor Nélaton sau Tiemann Nr. 12—16 (sondele Tiemann se folosesc în cazuri de stricturi uretrale).

Tehnica sondajului evacuator

a). *La bărbați.* Bolnavul zace în decubit dorsal. Medicul — stînd în partea dreapta a bolnavului — ia în mîna dreaptă seringa Janet—Guyon încărcată cu soluție dezinfectantă (sol. oxicianură de Hg 1:5000), iar cu mîna stîngă prinde penisul în așa fel încît glandul să fie liber. Se spală glandul și meatul cu jet de la cîțiva cm distanță. Sonda uretrală se prinde cu o pensă la 5 cm de vîrful ei.

Scanned with OKEN Scanner

Un ajutor va prinde celălalt capăt al sondei; dacă nu are ajutor, cel care execută sondajul prinde acest capăt al sondei între degetele IV—V ale mîinii drepte, sonda făcînd un arc peste mîna executantului. Pe vîrful sondei se toarnă ulei de parafină sau glicerină. Se angajează sonda în meat și se împinge în uretră. Cînd ajunge în dreptul uretrei posterioare se trage puternic de penis în sus pentru a reduce curbura uretrei. Se pătrunde mai departe pînă în uretră.

Cînd se întîmpină rezistență (obstacole), apar dureri sau hemoragie, se retrage sonda. O nouă încercare se poate face cu o sondă mai subțire (tip Tiemann).

b). *La femei.* Bolnava, în poziție ginecologică; se spală regiunea vulvară cu un jet de soluție dezinfectantă. Cu mîna stîngă se îndepărtează buzele mari și mici, se descoperă vestibulul; se spală cu soluție dezinfectantă, apoi se introduce sonda prin meat. După cîțiva cm se pătrunde în vezica urinară.

ANESTEZIA LOCALĂ ȘI LOCOREGIONALĂ

(Infiltratia)

1). *Anestezia de suprafață prin refrigerare*

Se utilizează soluția de kelen (clorură de etil), prin proiectarea jetului pe suprafața tegumentelor de la o distanță de 35—45 cm.

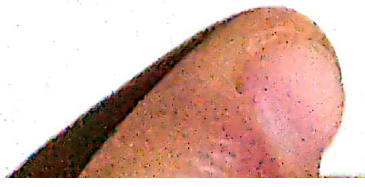
2). *Anestezia de suprafață prin badijonare* se face cu tampon îmbibat cu soluție de cocaină 1—10% sau anestezină (etoform); se aplică la nivelul mucoaselor sau al unor plăgi, ulcerații.

3). *Anestezia locală prin infiltrație* (injecții) se poate face cu:

• *novocainā* (procaină clorhidrică), în concentrație de 0,5—2%; anestezia se instalează rapid (2—5 minute) și durează 30—35 minute. Pentru prelungirea efectului se asociază cu adrenalină (3—5 picături din soluție de 1‰ la 100 ml novocainā). Nu se asociază cu lepturi tocurarice (succinilcolina) și nici un anticolinesterazice (Miostin). Poate produce sensibilizarea; înainte de anestezie este deci necesară testarea sensibilității prin injectare intradermică.

Se utilizează sub formă de infiltrații locale, 20—50—100 ml sol. 0,5%, în nevralgii, miozită, tenosinovită, entorse etc., și sub formă de perfuzie i.v., 5—10—20 ml sol. 1%, în colici abdominale, hepatice, renale etc.

• *xilocaina* (Lidocaina, Xilina), mai toxică decît novocaina, cu acțiune anestezică mai puternică, este utilizată în soluție de 0,5—2% pentru infiltrații și 0,5—4% ca anestezic de suprafață;



Scanned with OKEN Scanner

- *percaina* — soluție 1/2000—1/5000,
- *carbocaina* — soluție 1—2%, 5 mg/kilocorp — ar fi cel mai bun anestezic local din arsenalul terapeutic actual.

Infiltrația se face cu ajutorul acelor, de regulă subțiri și de lungime variabilă, după necesitate. Se folosesc seringi de 10 și 20 ml.

a). *Infiltrația unui nerv intercostal.* De reținut că pachetul vasculo-nervos — în ordine de sus în jos: venă, arteră, nerv — este așezat în șanțul de pe marginea inferioară a coastelor. Pentru anestezia nervului se reperează marginea inferioară a coastei cît mai posterior spre unghiul costo-vertebral. Se punctionează cu acul razant sub marginea inferioară a coastei și chiar sub coastă sau după ce aceasta a fost depășită puțin (1—2 mm), se injectează 15—20 ml novocainã 1%. Se poate repeta.

Indicații: fracturi costale, nevralgii intercostale, zona zooster etc.

b). *Infiltrația splanhnicului și a lanțului ganglionar simpatic.* Bolnavul este în decubit lateral sau ventral. Se reperează unghiul costo-vertebral și, în dreptul vertebrei D 12 — L 1, la 4 cm lateral de linia mediană, după o mică anestezie locală prin infiltrație cu novocainã, se pătrunde cu un ac de 12—14 cm oblic spre linia mediană, pînă la corpul vertebral (la aproximativ 7—10 cm). Dacă în calea acului se întîlnește o rezistență (apofiza transversă a vertebrei), se deplasează acul în sus sau în jos pînă ce se poate depăși și se continuă cu înaintarea acului spre linia mediană pînă la corpul vertebrei. Ajuns aci, acul se retrage puțin, se deplasează înainte și lateral și se depășește puțin corpul vertebral; se injectează 40—60 ml soluție procainã 0,75%. În timpul manevrei se controlează mereu locul acului prin aspirație. Dacă se aspiră sînge în seringă se retrage puțin acul, se schimbă puțin direcția acestuia și se continuă pătrunderea pînă la locul indicat.

Accidente: punctionarea aortei (se retrage acul, se modifică puțin traseul), vertij, greață, lipotimie (datorită procainei; este trecătoare).

Bolnavul va rămîne în repaus la pat 2—3 ore.

Indicații: colică renală, abdominală, pancreatită acută, ileus dinamic etc.

c). *Infiltrația nervului sciatic.* Se face în zona fesieră, pentru marele și micul sciatic.

Se reperează un punct situat la 3 cm în jos pe perpendiculara ce unește marele trohanter cu spina iliacă postero-superioară. Se face infiltrația țesuturilor de la acest punct cu procainã, apoi se pătrunde cu acul în profunzime, aproximativ 10 cm, pînă se întîlnește rezistență osoasă. Se mișcă vîrful acului în arc de cerc, căutînd poziția în care se produce durere: este locul sciaticului. Din

Scanned with OKEN Scanner

această poziție se retrage acul 1—2 mm (pînă durerea dispare) și se injectează 30—40 ml soluție de procaină 1%. Anestezia apare după 5—6 minute.

Indicații: algii sciatice violente, rebele la tratamentul obișnuit.

d). *Infiltrația nervului Arnold.* Se repereză zona de emergență a nervului lui Arnold, la mijlocul liniei care unește vîrful mastoidei cu apofiza spinoasă a axisului. Se infiltrează cu un ac subțire și mic (nr. 16—18) o cantitate de 5—10 ml procaină 1%.

Indicații: nevralgii cervico-occipitale, spondiloză, spondilartroză cervicală.

ÎNDEPĂRTAREA CORPILOR STRĂINI OCULARI ȘI A SUBSTANȚELOR TOXICE

Corpii străini corneeni pot fi îndepărtați cu ajutorul unui ac special sau cu un ac de seringă cu bizoul lung, după ce în prealabil s-a făcut o anestezie prin instilarea de soluție de cocaină 2%. După îndepărtarea corpului străin se instilează un antiseptic ocular lichid sau pomadă (cloramfenicol 1%) și se aplică un pansament.

Spălături oculare — cu apă simplă sau ser fiziologic — se fac în arsuri cu substanțe chimice; după spălătura oculară se aplică local antibiotice și o pomadă protectoare.

• *Pregătirea bolnavului.* Se execută în poziție culcat, cu capul aplecat înapoi, sau în poziție șezîndă cu capul aplecat pe spate. De partea ochiului spălat se așează, lipită de gît, tăvița renală pentru scurgerea lichidului de spălătură.

Tehnica

Pe cele două pleoape se așează cîte o mică pătrățică de vată îmbibată în soluție antiseptică de spălare (acid boric 3%, oxicianat de mercur 1/5000, ser fiziologic etc.). Cu degetele mîinii stîngi se deschide fanta palpebrală și se toarnă încet lichidul din undină (vasul cu lichid de spălătură) în sacul conjunctival. Se va avea grijă ca vîrful undinei să nu lezeze corneea, să nu traumatizeze ochiul și lichidul de spălătură să nu treacă la ochiul celălalt.

După terminarea spălăturii se șterge fața bolnavului și se aspiră cu vată hidrofilă lichidul rămas în unghiul nazal al ochiului.

Scanned with OKEN Scanner

SPĂLĂTURA AURICULARĂ
(pentru dopul de cerumen)

Se face cu apă călduță, la temperatura corpului, cu ajutorul unei seringi Guyon de 100—200 ml sau cu o pară mare de cauciuc.

Bolnavul va fi așezat pe scaun, va ține ochii închiși și gura întredeschisă și un ajutor sau chiar pacientul va ține o tăviță renală așezată sub pavilionul urechii. Jetul de apă va fi îndreptat înspre peretele superior și posterior al conductului, astfel ca apa, dezlipind progresiv dopul, să-l împingă din spate în afară.

Dacă dopul de cerumen este întărit sau pietrificat prin uscare și nu poate fi detașat cu ajutorul apei călduțe, se fac instilații auriculare cu apă oxigenată, XII volume, călduță, în care se dizolvă o cantitate mică de bicarbonat de sodiu sau o soluție după formula: Carbonat de Na 2 g, glicerină neutră și apă distilată aa 10 ml; după 2—3 instilații zilnice se face, din nou, spălătura auriculară.

Dopul epidermic va fi detașat prin instilații prealabile cu alcool simplu, alcool cu acid salicilic 1% sau o soluție după formula: acid salicilic 0,20 g, ulei helianti sterilizat 20 ml.

ALIMENTAȚIA PARENTERALĂ

Indicațiile alimentației parenterale sînt reprezentate de imposibilitățile și/sau contraindicațiile alimentației per os. Aceste condiții sînt realizate în șoc (de diverse origini), infecții, intoxicații, traumatisme, arsuri, în stări comatoase, în unele forme și faze de insuficiență renală acută sau cronică, în stări grave de denutriție, în stări postoperatorii, în unele afecțiuni digestive acute și cronice etc.

Alimentele ce se introduc în organism pe cale parenterală sînt formate din alimentele nutritive de bază: hidrați de carbon (glucoză, fructoză, levuloză etc.), proteine (hidrolizate de proteine sau soluții de acizi aminați), grăsimi (emulsii lipidice în fază apoasă), săruri, vitamine, oligoelemente și apă.

La stabilirea necesarului caloric și a compoziției alimentației parenterale se ține cont de vîrstă, sex, greutate, stare de nutriție (carențe etc.), natura și severitatea bolii; la acest necesar caloric se adaugă suplimentar 10—30% în stări de agitație, 13% pentru fiecare grad de ascensiune termică și în jur de 10% în stările de catabolism datorit agresiunii.

Scanned with OKEN Scanner

În general, necesarul caloric este de 25—30 calorii/kilocorp pe zi, minimum fiind de 1000 calorii pe zi.

Se administrează glucide 4—7 g/kilocorp/zi, proteine 1 g/kilocorp (în perioada catabolică se administrează cantități mai mari pentru reducerea acestuia, iar în perioada anabolică cantitățile crescute se administrează pentru compensarea pierderilor) și lipide, pînă la 1 g/kilocorp/zi.

Preparatele la dispoziție sînt:

- *glucide:* glucoză în soluție de 5%, 10%, 20%, 33% și 40%; soluție de levuloză sau Sorbitol în concentrație de 5—10%;
- *proteine:* sîngele și derivatele lui, hidrolizatele de proteine și amestecuri de aminoacizi (albumină umană 5%, Marisang, Aminomel, Rocmalin, Salviamin, Trophisan etc.);
- *lipide:* Intralipid vitrum, Lipofundin, Lipom, Infunotrol etc.;
- *vitamine și electroliți* — preparatele corespunzătoare existente.

Tehnica

Alimentația parenterală se face prin instalarea perfuziei intravenoase în vene suficient de mari, cu ac de perfuzie mic pentru a nu prodce lezarea mecanică a endoteliului; acul sau cateterul vor fi fixate cu leucoplast la piele. Se vor respecta regulile de asepsie și antisepsie. Ritmul de perfuzie va fi lent (sub 300 ml/oră).

Accidente — complicații: infecții locale, endoflebită, accidente de tip pirogen, în mod obișnuit întîlnite la perfuzii și transfuzii; în plus apar efecte toxice în cazul perfuziilor prelungite de lipide (anemie, hemoragii, suferință hepatică).

Scanned with OKEN Scanner

BAREM*

cuprinzînd aparatura, instrumentarul, materialele sanitare şi medicamentele necesare acordării primului ajutor medical la nivelul *dispensarelor medicale teritoriale, de întreprindere, şcoli şi policlinici.*

I. *Aparatură şi instrumentar*

● Ace seringă diferite	20 buc
● Aparat manual pentru respiraţie artificială tip balon Ruben	1 buc
● Apăsător de limbă cu mîner	1 buc
● Aţele Krammer, diferite mărimi	2 buc
● Butelie oxigen, cu reductor şi oxigenator	1 buc
● Ciocan pentru reflexe	1 buc
● Deschizător de gură	1 buc
● Fierbător electric	1 buc
● Întorcător de pleoape	1 buc
● Oglindă frontală	1 buc
● Oglindă laringeană	1 buc
● Pensă pentru corpi străini	1 buc
● Pipe Guedel nr. 1—3—5	3 buc
● Seringă 1 cmc	2 buc
● Seringă 2 cmc	2 buc
● Seringă 5 cmc	2 buc
● Seringă 10 cmc	2 buc
● Seringă 20 cmc	1 buc
● Seringă Guyon	1 buc
● Sonde uretrale (Tiemann sau Nélaton)	4 buc
● Sonde pentru oxigenoterapie	4 buc
● Specul auricular adulţi	1 serie
● Specul auricular copii	1 serie
● Specul nazal adulţi	1 serie
● Specul nazal copii	1 serie
● Stetoscop biauricular	1 buc
● Stetoscop obstetrical	1 buc
● Tensiometru	1 buc
● Termometru maximal	5 buc
● Trusă de mică chirurgie	1 buc
● Trusă pentru traheostomie	1 buc
● Tub Faucher diferite mărimi	3 buc
● Tub cauciuc	5 metri
● Valve vaginale	2 buc

* Elaborat de Ministerul Sănătăţii

Scanned with OKEN Scanner

Trusa pentru mica chirurgie

● Aţă chirurgicală diferite mărimi	5 buc
● Ace Hagedorn diferite mărimi	10 buc
● Bisturie	3 buc
● Canule traheale	3 buc
● Foarfece curb	1 buc
● Foarfece drept	1 buc
● Pensă anatomică	1 buc
● Pensă chirurgicală	1 buc
● Pensă hemostatică Péan	2 buc
● Pensă hemostatică Kocher	2 buc
● Pensă port ac	1 buc
● Sondă canelată	1 buc
● Spatulă pentru alifii	1 buc
● Stilet butonat	1 buc

II. *Materiale sanitare şi diverse*

● Ace siguranţă	10 buc
● Cană emailată 2 l	1 buc
● Cristalizator	1 buc
● Casoletă mijlocie	2 buc
● Cutie de metal pentru seringi	8 buc
● Cutie instrumente diferite dimensiuni	4 buc
● Eprubete simple	10 buc
● Feşi 5/8	3 buc
● Feşi 5/5	3 buc
● Feşi 10/10	3 buc
● Garou cauciuc	5 buc
● Irigator emailat	1 buc
● Leucoplast diferite mărimi	5 buc
● Maşină de ras cu 2 lame	1 buc
● Mănuşi chirurgicale	3 buc
● Muşama cauciuc 50/100 cm	1 buc
● Perfuzoare material plastic	10 buc
● Perie pentru mîini	2 buc
● Sticlă picătoare cu dop rodat 150 cc	3 buc
● Tavă emailată dreptunghiulară	1 buc
● Tăviţă renală	2 buc
● Urinar de sticlă bărbaţi, femei	2 buc
● Vată	500 g

III. *Medicamente*

A. *Fiole*

● Adrenalină	10 fiole
● Algocalmin	5 fiole
● Anatoxină tetanică	10 fiole
● Apă distilată	10 fiole
● Bromură de calciu 10% 10 cc	5 fiole
● Clorură de calciu 10% 10 cc	5 fiole
● Clordelazin (Largactyl)	3 fiole
● Cofein natriu benzoic 25%	5 fiole
● Dextran—70 flac. a 500 ml	5 fiole

Scanned with OKEN Scanner

- Edetamin 10% 10 cc — 3 fiole
- Efedrină 5% — 5 fiole
- Fitomenadion 0,010 g — 5 fiole
- Furosemid — 5 fiole
- Glucoză 33% 10 ml — 10 fiole
- Heparină 5000 u.i. — 5 fiole
- Hidrocortizon hemisuccinat — 10 fiole
- Insulină — 3 fiole
- Lanatozid C 0,4 mg — 5 fiole
- Mialgin — 5 fiole
- Miofilin — 5 fiole
- Nicetamid 1 ml — 3 fiole
- Norartrinal 2‰ — 10 fiole
- Papaverină 4% — 10 fiole
- Penicilină G 400.000 u. — 4 fiole
- Pirangyt (toxogonin) — 10 fiole
- Raunervil 1 ml — 3 fiole
- Romergan 2,5% — 3 fiole
- Scobutil compus 5 ml — 10 fiole
- Ser fiziologic 10 ml — 10 fiole
- Streptomicină 1 g — 3 fiole
- Strofantină 0,25‰ 2 ml — 5 fiole
- Sulfat de atropină 1‰ — 10 fiole
- Sulfat de magneziu — 3 fiole
- Venostat — 5 fiole
- Vitamina B_6 2,5% — 5 fiole
- Xilină 1% 20 ml — 10 fiole

B. *Tablete*

- Algocalmin — 10 buc
- Aminofenazonă 0,10 g — 10 buc
- Antinevralgic — 10 buc
- Bicarbonat de sodiu — 20 buc
- Bronhodilatin — 20 buc
- Chinidină sulf. 0,20 g — 10 cașete
- Clordelazin — 10 buc
- Diazepam — 5 buc
- Ederen — 5 buc
- Emetiral — 5 buc
- Fenobarbital 0,10 g — 3 buc
- Miofilin — 10 buc
- Nitroglicerină — 10 buc
- Romergan — 10 buc
- Scobutil — 20 buc
- Tetraciclină tabl. 0,250 g — 1 flac.

C. *Soluții — unguente*

- Alcool iodat — 100 g
- Alcool sanitar — 200 g
- Bronhodilatin — 1 flac.
- Decaderm unguent — 1 tub.

Scanned with OKEN Scanner

BAREM

cuprinzînd aparatura, medicamentele şi instrumentarul necesar acordării primului ajutor *la camera de gardă a spitalului.*

I. *Aparatură şi instrumentar pentru resuscitare cardio-respiratorie.*

● Aparat respiraţie artificială	1 buc
● Aspirator de secreţii	1 buc
● Butelie de oxigen	1 buc
● Deschizător de gură	2 buc
● Oxigenator	1 buc
● Pipe Guedel	4 buc
● Reductor de presiune	1 buc

II. *Medicamente*

A. *Fiole*

● Adrenalină	5 fiole
● Adrenostazin 0,0015 g	5 fiole
● Algocalmin	5 fiole
● Anatoxină tetanică	10 fiole
● Bromură de calciu 10% 10 cc	10 fiole
● Clorură de calciu 10% 10 cc	10 fiole
● Clordelazin (Plegomazin)	5 fiole
● Cofein natriu benzoic 25%	10 fiole
● Dextran—70 flac. a 500 ml	5 fiole
● Edetamin 10% 10 cc	5 fiole
● Efedrină 5%	5 fiole
● Ergomet	5 fiole
● Fenobarbital 2 ml	5 fiole
● Fitomenadion 0,010 g	10 fiole
● Furosemid 2 ml	5 fiole
● Glucoză 33% 10 cc	20 fiole
● Heparină 5000 u.i.	10 fiole
● Hidrocortizon hemisuccinat	10 fiole
● Inderal 1 mg 1 ml	5 fiole
● Insulină 5 ml	5 fiole
● Intensain 40 mg	10 fiole
● Lanatosid C 0,4 mg	10 fiole
● Mialgin	5 fiole
● Miofilin	10 fiole
● Miostin	10 fiole
● Norartrinal 2%	15 fiole
● Papaverină 4%	20 fiole

Scanned with OKEN Scanner

- Penicilină G sodică 400.000 u.i. — 10 fiole
- Pirangyt (toxogonin) — 20 fiole
- Raunervil 1 ml — 5 fiole
- Romergan 2,5% — 5 fiole
- Scobutil compus 5 ml — 10 fiole
- Ser fiziologic 10 ml — 20 fiole
- Ser antitetanic — 10 fiole
- Ser antiveninos (viperon) — 5 fiole
- Streptomicină 1 g — 5 fiole
- Strofantină 0,25‰ 2 ml — 10 fiole
- Sulfat de atropină 1‰ — 10 fiole
- Sulfat de magneziu 20% 10 cc — 5 fiole
- Venostat — 10 fiole
- Vitamina B_6 2,5% — 10 fiole
- Xilină 1% 20 ml — 10 fiole

B. *Tablete*

- Algocalmin — 10 buc
- Aminofenazonă — 10 buc
- Antinevralgic — 10 buc
- Agozol — 20 buc
- Aspirină — 20 buc
- Bicarbonat de sodiu — 30 tabl.
- Bronhodilatin — 25 tabl.
- Calmogastrin — 20 buc
- Chinidină sulf. 0,20 g — 15 cașete
- Chinidină sulf 0,40 g — 15 cașete
- Clordelazin — 10 buc
- Cofedol — 10 buc
- Codenal — 20 buc
- Diazepam — 5 buc
- Digitală 0,10 g — 20 buc
- Ederen — 5 buc
- Emetiral — 10 buc
- Eritromicină — 1 flac.
- Fenobarbital 0,10 g — 10 buc
- Feniramin — 10 buc
- Hipazin — 10 buc
- Intensain — 20 buc
- Miofilin — 10 buc
- Meprobamat — 10 buc
- Nefrix — 10 buc
- Nitroglicerină — 10 buc
- Prednison 5 mg — 10 buc
- Romergan — 15 buc
- Saprosan — 20 buc
- Scobutil — 30 buc
- Tetraciclină — 1 flac.
- Trombină uscată — 5 flac.

Scanned with OKEN Scanner

C. *Soluții — unguente — supozitoare*

● Alcool iodat	500 ml
● Alcool sanitar	500 ml
● Aminofenazonă 2%	100 ml
● Aminofenazonă I, supozit.	5 buc
● Bicarbonat de sodiu ml 1%	500 ml
● Bronhodilatin mg	1 flac.
● Decaderm	1 tub.

Scanned with OKEN Scanner

VALORILE NORMALE ALE DATELOR DE LABORATOR FOLOSITE ÎN URGENȚĂ

I. *Date hematologice*

Cantitatea totală de sînge
- la bărbați 1/12 din greutatea corporală (76 ml/kilocorp)
- la femei 1/13 din greutatea corporală (66 ml/kilocorp).

Volum plasmatic circulant
- la bărbați 45—48 ml/kilocorp
- la femei 43—46 ml/kilocorp

Număr hematii
- la bărbați $5{,}4 \pm 0{,}8$ milioane/mm³
- la femei $4{,}8 \pm 0{,}6$ milioane/mm³

Hematocrit
- la bărbați $44 \pm 7\%$
- la femei $42 \pm 5\%$

Hemoglobină
- la bărbați 16 ± 2 g%
- la femei 14 ± 2 g%

Valoarea globulară 0,9 — 1,1
Număr leucocite 5000—8000/mm³
Număr trombociți 150.000—450.000/mm³
Număr reticulociți 0,5—1,5% din numărul hematiilor
Hemoglobină fetală < 2% din total
Methemoglobină < 3% din total
Viteza de sedimentare a hematiilor
- la 1 oră la bărbați 5—10 mm
  la femei 2—12 mm
- la 2 ore la bărbați 10—15 mm
  la femei 12—20 mm

Rezistența globulară 0,42—0,34% (ClNa)
Timp de protrombină 85—100% (12,5—14 secunde)
Timp de consum al protrombinei peste 80% într-o oră
Timp de sîngerare 2—4 minute
Timp de coagulare globală pe lamă 5—9 minute
Timp de retracție a cheagului
- la 2 ore 55% cheag — 45% ser
- la 24 ore 30% cheag — 70% ser

II. *Constante și constituenți sanguini*

(sînge, plasmă, ser, globule)
pH sanguin 7,35—7,45
Oxigen:
- capacitate 16—24% (variază cu Hbg)

Scanned with OKEN Scanner

● sînge arterial	15—23% vol.%	
● sînge venos	10—16 vol.%	
● saturaţie arterială	94—100% din capacitate	
● saturaţie venoasă	60— 85% din capacitate	
pO_2 (presiunea parţială)		
● arterială	95—100 mmHg	
● venoasă	30—35% mmHg	
Bioxid de carbon total	26—28 mEq/l	
pCO_2 sînge arterial	35 mmHg	
pCO_2 sînge venos	45 mmHg	
Rezerva alcalină	22—27 mEq/l	
Ionogramă		
● total	306 mEq/l	
● cationi	153 mEq/l	
● anioni	153 mEq/l	
● natriu	136—145 mEq/l	(313—334 mg%)
● calciu	4,5—5,5 mEq/l	(3,0—11,0 mg%)
● calciu ionizat	2,1—2,6 mEq/l	(4,25—5,25 mg%)
● potasiu	3,5—5,5 mEq/l	(14—20 mg%)
● magneziu	1,5—2,5 mEq/l	(1,8—3,0 mg%)
● fosfor anorganic	1—1,5 mEq/l	(3,0—4,5 mg%)
● cloruri	100—106 mEq/l	(305—390 mg%)
● cupru	0,7—1,6 mg%	
● zinc	1—5 mg%	
● fier	0,3—21 mg%	
● plumb	0—0,5 mg%	
● iod proteic	3,5—8,0 micrograme%	
Proteine şi metaboliţi		
● Proteine totale	6,0—8,0 g%	
● albumină	3,5—5,5 g%	
● globulină	1,5—3,0 g%	
● Electroforetic		
● albumine	50—60%	
● globuline $alfa_1$	3,5—6,5%	
● globuline $alfa_2$	6—12%	
● globuline beta	11—15%	
● globuline gama	15—22%	
● Fibrinogen	200—400 mg%	
● Azot rezidual (în plasmă)	10—16 mg%	
● Uree (în plasmă)	20—40 mg%	
● Azot total neproteic (în plasmă)	30—48 mg%	
● Amoniac (în plasmă)	0,15 mg%	
● Acizi aminaţi (în plasmă)	3,0—5,5 mg%	
● Creatină (în ser)	0,2—0,8 mg%	(la femei)
● Creatinină (în ser)	0,7—1,5 mg%	
● Acid uric (în ser)	3,0—5,0 mg%	
● Bilirubina totală	0,3—1,1 mg%	
● Bilirubină directă	0,1—0,3 mg%	
● Bilirubină indirectă	0,2—0,8 mg%	
Glucide şi metaboliţi		
● glicemia	80—110 mg%	
● acid lactic	6—16 mg%	
● acid piruvic	1,0—2,0 mg%	
Lipide şi metaboliţi		

Scanned with OKEN Scanner

● lipemia totală	600—800 mg%
● acizi graşi liberi	(0,8—1 mEq/l)
● trigliceride	80—150 mg%
● fosfolipide totale	150—250 mg%
● colesterol total	150—250 mg%
● colesterol esterificat	120—140 mg%
● colesterol liber	35—80 mg%
Substanţe organice	
● fosfor lipidic	6—10 mg%
● lecitină	120—200 mg%
● cefaline	20 mg%
● săruri biliare	2—30 mg%
● corpi cetonici	0,3—2 mg%
Enzime	
● amilaza	8—32 u.W.; 100—200 Ui.
● aldolaza	5—10 u convent — bărbaţi < 33 u — femei < 19 u
● fosfataza acidă	0,2 u. Bodansky; (1—3 u K—A)
● fosfataza alcalină	2,4— 4,8 u Bodansky 3,0—10,0 u Gutman 5,0—12,0 u King-Armstrong (la copii valori mai mari)
● lacticdehidrogenază	200—450 µmol/ml
● lipaza	< 1,5 u/ml din NaOH N/20
● transaminaza GOT	8—40 u Carmen 3—12 u internaţionale
● transaminaza GPT	5—35 u Carmen 5—15 u.i.
● colinesteraza	180—250 µm/ml
Diverse teste funcţionale	
● reacţia cu timol	0—5 u Mac Lagan
● reacţia Grun Grunstedt	< 1,5 ml
● reacţia cu SO_4Zn	< 45 u
● clearance BSP	reţinere sub 5% la 45 minute după injecţie i.v. a 5 mg BSP/kilocorp.

III. *Constante şi constituenţi urinari (eliminare pe 24 ore).*

Volum	1,200—1,500 ml	
Densitate	1003—1030	
Reacţie pH	5,60—6,4	(4,6—8,0)
Reziduu uscat total	30—70 g/l	(coeficientul lui Long = ultimele 2 cifre de la densitate × 2,66)
Substanţe organice	30—35 g	
Substanţe anorganice	16—21 g	
Azot total	10—15 g	
Azot amoniacal	0,3—0,6 g	(20—70 mEq/l)
Uree	25 g	
Creatină	< 0,1 g	
Creatinină	1,5—2,5 g	
Acid uric	0,5—0,6 g	
Urobilină	0 (urme)	
Zaharine	0	
Corpi cetonici, acetona	0 (urme)	

Scanned with OKEN Scanner

Clorură de Na	10—12 g	
Calciu ++	7—10 mEq	(0,10—0,30 g)
Potasiu+	51—153 mEq	
Natriu	114—228 mEq	

IV. *Probe funcționale renale*

Clearance-ul creatininic	80—200 ml/minut/1,73m² (medie 140 ml/minut)	
Clearance-ul ureei	40—100 (75) ml/minut.	
Clearance-ul inulină — bărbați	110—150 ml/minut.	
Clearance-ul manitol — femei	105—132 (130 ml/minut)	
Excreția tubulară maximă PAH	60—90 mg/minut	
Resorbția tubulară maximă glucoză	— bărbați	300—450 mg/min.
	— femei	250—350 mg/min.
Fluxul plasmatic renal total (PAH) (irigația)	— bărbați	560—830 ml/min.
	— femei	490—700 ml/min.

Excreția acid hipuric:
— 3,0—3,5 g în urina de 4 ore după ingestia a 6 g benzoat de Na
— 0,7 g în urina dintr-o oră după injecția i.v. a 1,77 g benzoat de Na

Excreția PSP (după injectare i.v. a 1 ml PSP)	30% la 15 minute
	60% la 60 minute

V. *Lichidul cefalorahidian*

Presiunea prin puncție suboccipitală	0 mmH_2O	
Presiunea prin puncția lombară		
● poziție șezîndă	200—300 ml H_2O	
● decubit	100—200 ml H_2O	
Densitatea	1003—1008	
Numărul elemente celulare	4—10 mm³	
Albuminorahie (proteine)	20—60 mg%	
Glucorahie	50—75 mg% (cu 20 mg < decît în sînge)	
Clorurorahie (ClNa)	120—130 mEq/l (700—760 mg%)	
Azot total	15—30 mg%	
Creatină	0,5—1 mg%	
Acid lactic	10—25 mg%	
Calciu++	0,25—2,75 mEq/l	(4,5—5,5 mg%)
Magneziu++	1,1 —1,45 mEq/l	(3—3,5 mg%)
Na+	130—154 mEq/l	(300—350 mg%)
K+	3,1—4,4 mEq/l	(12—17 mg%)
Clor	120—130 mEq/l	(420—450 mg%)

Scanned with OKEN Scanner

MEDICAMENTE UTILIZATE ÎN URGENȚE MEDICALE

Indicații, contraindicații, mod de administrare

Acid epsilonaminocaproic

- *Indicații:* fibrinoliză acută (traumatisme, intervenții chirurgicale, obstetricale, insuficiență hepatică, posttratament fibrinolitic).
- *Contraindicații:* coagulopatia intravasculară diseminată.
- *Mod de administrare:* injecții i.v. lente, 5 g în glucoză 5%, apoi 1 g din oră în oră.

A.C.T.H.

- *Indicații:* stări alergice, unele stări astmatice.
- *Contraindicații:* similare cu ale glucocorticoizilor.
- *Mod de administrare:* în injecții i.m., i.v. sau în perfuzii lente, 10—50 u.i. de mai multe ori pe zi.

Adrenalina

- *Indicații:* astm bronșic, stop cardiac, alergii (edem glotic).
- *Contraindicații:* hipertensiune arterială, insuficiență ventriculară stîngă (astm cardiac, edem pulmonar), angină pectorală, infarct miocardic, cardiopatie ischemică, hemoragii ale organelor interne, parkinsonism, sindrom hiperkinetic.
- *Mod de administrare:* per os, 20—50 picături/zi; per lingual, cîteva picături; subcutanat sau i.m. 1/2—1 fiolă 1‰ adrenalină hidroclorică; intracardiac, 4—5 ml din 1 fiolă 1‰ dizolvată în 9 ml ser fiziologic.

Algocalmin (Novalgin, Metaparin, Analgin, Algopyrin)

- *Indicații:* dureri de diverse cauze (colici renale, biliare, nevralgii, mialgii etc.).
- *Contraindicații:* leucopenie, granulocitopenie, intoleranță.
- *Mod de administrare:* per os, comprimate a 0,50 g; i.m. fiole a 0,40 g; supozitorii a 0,30 g.

Analgetice stupefiante

- *Indicații:* algii de diverse cauze, colică biliară, renală, infarct miocardic, nevralgii, edem pulmonar acut, crize tabetice, pneumotorace spontan.
- *Contraindicații:* abdomen acut, insuficiență hepatică, renală, respiratorie, bronhopneumopatii cronice obstructive, traumatisme cerebrale.
- *Mod de administrare și particularități:*

Hexapon (Opiotol) fiole 1% și 2% s.c., 1—2/zi.
Hidromorfon (Dilauden), fiole 1% și 2%, 1—2 fiole/zi s.c.
Hidromorfon-atropină (Dilauden-Atropină), fiole 0,2%, 1—2 fiole/zi s.c. sau i.m.

Scanned with OKEN Scanner

Contraindicație: în glaucom.
Hidromorfon-Scopolamină (Dilauden-Scopolamină), fiole 0,2%, 1 fiolă/zi i.m. sau s.c.
Contraindicată în glaucom; *indicată* în delirium tremens.
Mialgin (Dolatin, Meperidine, Pethidine, Dolosal), fiole a 100 mg, 1/2—2 fiole s.c., i.m., i.v. (diluat în 9 ml ser fiziologic); indicat în glaucom.
Morfină, fiole 2% — 10—20 ctg s.c. pînă la 50 mg/24 ore.
Indicată și în intoxicație cu atropină.
Contraindicată în alcoolism acut, delirium tremens.
Morfină cu atropină, fiole 2% (20 mg fiolă), 1/2—3 fiole/24 ore s.c.
Contraindicată: în glaucom, cardiopatie decompensată.
Sintalgon (Mecodin, Phenadon, Methadon, Depriodol), fiolă a 5 mg/1 ml, 1/2—2 fiole s.c., i.m., i.v.; comprimate a 2,5 mg, 1—4/zi.
Dipidolor (Piritramide), fiole a 10 ml cu 15 mg/fiolă. 1 fiolă i.m., s.c.
Acțiune deprimantă respiratorie slabă.
Fentanyl, fiole a 0,05 mg, 1/2—2 fiole i.v. (pentru anestezie).
Opium concentratum (Pantopon), fiole 2%; pulbere, supozitorii 0,01—0,03 g.
Opium pulveratum (Opiu), pulbere, pilule, supozitorii 0,01—0,03 g de 1—3 ori/zi.
Lauronil (Scoponal), comprimate a 0,6 mg, 1—3/zi.
Indicații: excitație psihomotorie, crize convulsive, eclampsie, delirium tremens.
Contraindicații: glaucom, graviditate.
Bromhidrat de scopolamină, fiole a 0,25 mg/1 ml/fiolă, 1/2—1 fiolă s.c.
Pentazocin, vezi Fortral.

Antidoren (Sedalgin)

- *Indicații:* algii de diverse cauze (nevralgii, colici renale, biliare, dureri postoperatorii etc.
- *Contraindicații:* leucopenie, intoleranță la produși pirazolonici.
- *Mod de administrare:* fiole, 1—3/zi i.m.

Ahypnon (Bemegridum, Bemegride, Megimide)

- *Indicații:* intoxicații cu barbiturice.
- *Contraindicații:* intoxicații cu substanțe stimulante ale sistemului nervos central.
- *Mod de administrare:* 1 fiolă (50 mg) i.v., tot la 3—10 minute, pînă la doza totală de 1—1,5 g.

Alupent (Orciprenalinum, Asmopent, Novasmasol)

- *Indicații:* astm bronșic, bronșită spasmodică.
- *Contraindicații:* cardiopatie ischemică, insuficiență cardiacă, hipertiroidism.
- *Mod de administrare:* soluție 2%, 10—15 aspirații; comprimate a 0,02 g în crize.

Aramine bitartrat (vezi Metaraminol)

Arfonad (vezi Trimethaphon camsylat)

Scanned with OKEN Scanner

Asmofug, Asmofug cu efedrină

- *Indicații și contraindicații:* vezi Alupent.
- *Mod de administrare:* 3—4 linguriță/zi.

Atropină sulfat

- *Indicații:* colică biliară, renală, colici abdominale; astm bronșic, tulburări de conducere atrio-ventriculare, bradicardii sinusale, în efecte toxice ale digitalei și morfinei, fibrilație cu alură ventriculară, sub 60 bătăi pe minut; parkinsonism, hiperhidroză; antidot în intoxicația cu organofosforice.
- *Contraindicații:* glaucom, achalasie, stenoză pilorică organică, retenție de urină prin obstrucție prostatică.
- *Mod de administrare:* per os, 0,4 mg la 6 ore; s.c., i.m. sau i.v., 0,4—0,8 mg la 4—8 ore; dozele sînt foarte mari în intoxicația cu organofosforice (se începe cu 2—5 mg i.v. sau i.m. și se repetă tot la 20—30 minute pînă ce dispar fenomenele parasimpatice.
- *Precauții:* la coronarieni, doze de 1 mg i.v. pot produce extrasistole ventriculare, tahicardie ventriculară, fibrilație ventriculară; la pacienți anesteziați cu halotan poate produce tahicardie și fibrilație ventriculară; la pacienți anesteziați cu ciclopropan, atropină asociată cu neostigmină poate produce bradiaritmie, oprire sinusală și moarte.

Barbiturice (Ciclobarbital, Dormital, Veronal, Luminal, Fenobarbital).

- *Indicații:* stări de agitație, hiperexcitabilitate, stări convulsive, stări maniacale acute, intoxicații cu stimulante ale sistemului nervos central.
- *Contraindicații:* stări precomatoase și comatoase, insuficiență hepatică și renală.
- *Mod de administrare:* comprimate, soluții per os, fiole injectabile s.c., i.m. și i.v.

Berotec

- *Indicații și contraindicații:* vezi Alupent.
- *Mod de administrare:* inhalație (0,2 mg substanță activă).

Bicarbonat de sodiu

- *Indicații:* acidoză, pentru anihilarea toxicității chinidinei, hiperkaliemiei și procainamidei, cînd apare blocul atrio-ventricular.
- *Contraindicații:* alcaloză, hipoclorhidrie, hipokaliemie, hipocalcemie.
- *Mod de administrare:* soluție 7,5% și 14‰ în perfuzie i.v.

Bretilium tosilat

- *Indicații:* în prevenirea și tratamentul tahicardiilor ventriculare recurente, care nu răspund la tratament, care sînt asociate cu bloc atrio-ventricular; în prevenirea și tratamentul fibrilației ventriculare.
- *Contraindicații:* tahiaritmii induse de digitală.
- *Mod de administrare:* i.m. 5 mg/kilocorp tot la 6 ore; 5 mg/kilocorp, diluat în 100 ml glucoză 5%, în perfuzie i.v., în 10—20 minute.
- *Precauții:* nu se va administra concomitent cu substanțe vasodilatatoare (izoproterenol, phentolamine, guanetidină, clorpromazină).

Scanned with OKEN Scanner

Bronhodilatin (Aludrin, Euspiron)

- *Indicaţii şi contraindicaţii:* vezi Alupent şi „Novodrin".
- *Mod de administrare:* comprimate sublingual, soluţie, aerosoli.

Calciu clorat, calciu gluconat

- *Indicaţii:* spasmofilie, tetanie, stări alergice, pentru a întări forţa de contracţie cardiacă în stopul cardiac, în fibrilaţie ventriculară, pentru a contracara hipokaliemia şi hipocalcemia.
- *Contraindicaţii:* au fost notate cazuri letale la pacienţi digitalizaţi.
- *Mod de administrare:* 5—10 ml din sol. 10% calciu clorat intracardiac sau i.v.; se poate repeta tot la 5—10 minute; calciu gluconat 10% se poate întrebuinţa în doze de 2—3 ori mai mari decît calciul clorat.

Calciu bromat

- *Indicaţii:* excitabilitatea nervoasă, insomnie, tetanie.
- *Contraindicaţii:* intoleranţă la brom.
- *Mod de administrare:* poţiuni, soluţie 10% i.v.

Chinidină (Quinidine)

- *Indicaţii:* la pacienţi fără infarct miocardic acut, cu rezultate foarte bune în extrasistole atriale, tahicardie paroxistică atrială, fibrilaţie atrială (după digitalizare, pentru conversia la ritm sinusal şi pentru menţinerea ritmului sinusal după conversie), fibrilaţie atrială asociată cu sindrom WPW; cu rezultate bune în extrasistole joncţionale, extrasistole ventriculare, tahicardie ventriculară şi tahicardie paroxistică-joncţională.
- *Contraindicaţii:* fibrilaţie ventriculară, tulburări de conducere atrio-ventriculare (bloc complet, bloc incomplet, intoxicaţie cu digitală (mai ales în cea manifestată prin bradiaritmie cu tulburări de conducere atrio-ventriculare), purpură, trombocitopenie sau alte simptome sau semne de intoleranţă apărute la administrări anterioare de chinidină sau în prezent.
- *Mod de administrare:* Per os, doză test de toleranţă, 0,20 g, după 2 ore — dacă nu au apărut manifestări de intoleranţă — se administrează 0,40 g (0,20—0,40 g), tot la 3—4 ore, pînă la doza totală de 2,6 g/24 ore (în numeroase cazuri se obţin rezultate cu doze de pînă la 1,2—1,4 g/zi).
I.m., gluconat de chinidină; doza test: 1 ml (80 mg); doza terapeutică — după 30 minute — 5 ml (400 mg), tot la 2—4 ore, pînă la doza totală de 2,0—2,4 g/24 ore.
I.v. nu se recomandă (în cazuri extreme şi numai în condiţii de monitorizare ECG. posibilităţi de defibrilare şi pacing artificial).
- *Precauţii:* manifestări adverse toxice şi alergice (erupţii tegumentare, febră, astm bronşic, purpură, trombocitopenie, anemie hemolitică, greţuri, vărsături, diaree; tulburări de văz şi auz, depresia centrilor nervoşi superiori cu dispnee, cianoză, paralizie respiratorie, stop respirator, convulsii, moarte); manifestări toxice cardiovasculare (bradicardie, insuficienţă cardiacă, hipotensiune, şoc, bloc atrio-ventricular, extrasistole ventriculare, tahicardie-fibrilaţie ventriculară, sincopă; semne ECG: apariţia undei Q, prelungirea QT, QRS şi interval P—R; o prelungire a QRS cu peste 25% faţă de durata QRS dinaintea administrării drogului impune suspendarea administrării chinidinei.
Chinidina este potenţată în acţiune de către substanţe blocante neuromusculare, depresoare respiratorii (printre care sărurile de magneziu, kanamicina, streptomicina), anticolinergice; chinidina potenţează acţiunea

anticoagulantelor și hipotensoarelor. Tratamentul reacțiilor adverse: oprirea administrării chinidinei; în lărgirea complexului QRS, extrasistole ventriculare: xilină și bicarbonat de sodiu i.v.; în tahicardia ventriculară, fibrilație ventriculară — șoc electric; în bradiaritmii: bicarbonat de sodiu, THAM, lactat de sodiu; în hipotensiune, bloc atrioventricular: izoproterenol (Isuprel).

Clorpromazin (Plegomazin, Largactil, Propafenin, Thorazine)

- *Indicații:* stări psihotice acute, stări confuzionale, psihoze toxice, stări depresive reactive, hipertensiune arterială, astm bronșic, ca vasodilatator în șoc.
- *Contraindicații:* șoc hipovolemic (înainte de refacerea masei sanguine), comă barbiturică, insuficiență hepatică și renală.
- *Mod de administrare:* drageuri a 0,025 g; fiole a 25 mg; ca vasodilatator se administrează i.v. în doze de 12,5 mg, tot la 1/2—1 oră, concomitent cu administrarea de lichide.

Codeină

- *Indicații:* tuse iritativă, algii diverse.
- *Contraindicații:* tulburări grave renale, depresia centrilor respiratori.
- *Mod de administrare:* pulberi, soluții, pilule, în doze de 0,01—0,03 g pe doză.

Cofeină natriubenzoică

- *Indicații:* șoc, cefalee, respirație Cheyne—Stockes, în intoxicații cu barbiturice, alcool, opiacee.
- *Contraindicații:* stări de agitație, hiperexcitabilitate, insomnie.
- *Mod de administrare:* fiole în soluție apoasă de 25%, s.c., i.v.

Complamin (Xanthinol nicotinat, Sadamin)

- *Indicații:* arteriopatii obliterante, insuficiență circulatorie cerebrală, ictus, embolii periferice.
- *Contraindicații:* insuficiență cardiacă severă, asocierea cu ganglioplegice.
- *Mod de administrare:* comprimate a 150 mg, 2—3 ori 1/2—1/zi; fiole a 300 sau 1500 mg, i.m. sau i.v. în jet lent sau în perfuzie lentă (5 ore).

Corticoizi

- *Indicații generale:* ca antialergic și antiinflamator, substituent în insuficiența corticosuprarenală, medicație antișoc.
- *Contraindicații:* stări de hipercorticism, ulcer gastric și duodenal, psihoze, diabet zaharat, hipertensiune arterială, osteoporoză etc.
- *Mod de administrare și particularități:*

Cortizon acetat fiole a 25 mg, 300—450 mg în prima zi, în insuficiența suprarenală acută, în șoc, infecții grave.
Hidrocortizon, fiole a 25 mg, injecții intra- și periarticulare, în artrite, periartrite, tenosinovite, spondilartrită anchilozantă etc.
Hidrocortizon hemisuccinat, fiole a 25 mg, cu acțiune antiinflamatorie, antialergică și antișoc (în insuficiență suprarenală acută, șoc toxiinfecțios, insuficiență hepatică, astm bronșic, edem laringian, encefalite, meningite); se administrează în perfuzii intravenoase 200—1500 mg/zi.
Mincortid, fiole a 10 mg, 1—2 pe zi; indicat în insuficiența corticosupra-

Scanned with OKEN Scanner

renală din boli infecţioase, stări de şoc şi mai ales în insuficienţă suprarenală cronică.
Prednison (Supercortil), comprimate a 1 mg şi 5 mg; doza de atac: 4—12 comprimate a 5 mg/zi; fiole a 25 mg prednison acetat pentru injecţii i.m.
Supercortizol, comprimate a 5 mg.
Superprednol (Dexamethason, Milicortene), comprimate a 0,5 mg în doze de atac 3×3 comprimate pe zi.
Alte preparate: *Cortizon*, în comprimate a 25 mg; *Depomedrol*, în flacoane injectabile a 40 mg acetat de metilprednison, *Kenalog (Volon)*, fiole a 40 mg/ml, *Solu-Dacorţin H*, în fiole a 250 mg; *Triamcinolon*, în comprimate a 4 mg; *Urbason-solubile*, în fiole a 20 mg hemisuccinat sodic de 6 metilprednisolon.

Dextran-70 (Macrodex)

Dextran-40 (Rheomacrodex)

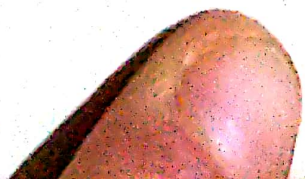
- *Indicaţii:* şoc hipovolemic, stări de deshidratare. Are şi acţiune antitrombotică.
- *Contraindicaţii:* trombocitopenie, hipofibrinogenemie, insuficienţă cardiacă congestivă, insuficienţă renală de cauză renală.
- *Mod de administrare:* perfuzii i.v. 500—1500—2000 ml/zi (în funcţie de spolierea lichidiană şi de hemoconcentraţie). Se prezintă în soluţie 10%, în glucoză 5% sau NaCl 0,9%.

Diazoxide (Hyperstat)

- *Indicaţii:* urgenţe hipertensive (encefalopatie hipertensivă, hipertensiune malignă, eclampsie, crize hipertensive cu hemoragii intracraniene).
- *Contraindicaţii:* feocromocitom, disecţia aortei, coarctaţia aortei, angină pectorală, diabet zaharat.
- *Mod de administrare:* injecţii i.v. 5 mg/kilocorp; dacă nu se obţine scăderea presiunii arteriale, după 30 minute se administrează i.v. 150—300 mg; pentru menţinerea rezultatului, doza se poate repeta la 4—24 ore.
- *Precauţii:* determină retenţia de apă şi sodiu, hiperglicemie, hipotensiune.

Digitalice

- *Indicaţii:* insuficienţă cardiacă, tulburări paroxistice de ritm, fibrilaţie atrială cronică.
- *Contraindicaţii:* intoxicaţia digitalică, stenoza subaortică hipertrofică idiopatică, mixedem, hiperexcitabilitatea sinusului carotidian, bloc atrioventricular gradul II, înainte de cardioversia electrică.
- *Mod de administrare:* alegerea preparatului şi calea de administrare a acestuia depind de rapiditatea instalării efectului terapeutic şi de durata lui; Digoxinul, Deslanatozidul, Ouabaina, strofantina acţionează rapid; pulberea de foi de digitală, digitoxina, acetildigitoxina acţionează mai lent şi se elimină mai tîrziu.
Digitalizarea bolnavului, adică administrarea dozei necesare pentru saturarea miocardului, poate fi rapidă (în 1—2 zile), medie (3—5 zile) sau lentă (5—7 zile).
- *Precauţii:* rezerpina şi alcaloizii din rauwolfia, hipercalcemia (adminisrtarea de săruri de calciu i.v.), hipokalemia, hipomagneziemia şi hiponatremia potenţează intoxicaţia digitalică;



Scanned with OKEN Scanner

PREPARATELE DIGITALICE, MODUL LOR DE ACȚIUNE ȘI CALEA DE ADMINISTRARE

Preparatul	Calea de administrare	Debutul acțiunii	Efect maxim	Regresiunea efectului	Doza de atac	Doza de digitalizare (saturație)
1	2	3	4	5	6	7
Acetil-Digoxina	orală	2 ore	6—7 ore	24 ore	0,4 mg	1,6—2 mg
Acetil-Digitoxina (Nidacil-Acylanid)	orală	2 ore	7 ore	24 ore	0,6—1,2 mg	2—2,3 mg
Acetil-Strofantidina	i.v.	5—10 min.	15 min.	40 min.	—	—
β-metil-Digoxina (Lanitop)	orală	5—20 min.	8—18 min.	1—2 ore	—	1 mg
β-metil Digoxina	i.v.	1—4 min.	1—15 min.	30 min.	—	1,4 mg
Digitala pulbere	orală	2—5 ore	8—24 ore	2 zile	0,20—0,60 g	1,5—2 g
Digitoxina (Digitalina)	orală	2—4 ore	8—12 ore	2 zile	0,15—0,20 mg	2 mg
Digoxina (Lanicor)	orală	1—3 ore	6 ore	18 ore	0,75—1 mg	2—3 mg
Digoxina (Lanoxin)	i.v.	5—10 min.	2 ore	10 ore	0,5—1 mg	2—2,5mg
Lanatozid C (Cedilanid)	orală	5 ore	7 ore	9 ore	1—2 mg	5 mg
Lanatozid C (Izolanid)	i.v.	40 min.	3 ore	8 ore	0,4 mg	2 mg
Ouabaina	i.v.	10—30 min.	1 oră	3—6 ore	0,25 mg	1—1,2 mg
Strofantina (Kombetin) (acstrosid)	i.v.	10—30 min.	1 oră	3—6 ore	0,25 mg	0,6—1,5 mg
Deacetil lanatozid C	i.v.	1 oră	3 ore	24 ore	—	1,6 mg
(Deslanatozid) Cedilanid D	i.m.	1—2 ore	4 ore	24 ore	—	1,6 mg

Scanned with OKEN Scanner

— substanţele simpaticomimetice pot produce aritmii la bolnavii digitalizaţi;
— hiperkaliemia, hipertiroidismul (hormonii tiroidieni) scad efectul digitalic;
— difenilhidantoina şi fenilbutazona scad concentraţia plasmatică a digitalei;
— propranololul şi difenilhidantoina potenţează efectul bradicardizant al digitalei.

Dicynone (Etamsylatum, Etamsylate)

- *Indicaţii:* preventiv şi curativ în hemoragii medicale şi chirurgicale.
- *Contraindicaţii:* nu are.
- *Mod de administrare:* i.v. sau i.m., 1—2 fiole a 250 mg.

Difenilhidantoina (Fenitoin, Dilautin, Hidantoin)

- *Indicaţii:* epilepsie („grand mal", epilepsie psihomotorie, focală, echivalenţe), nevralgii faciale, algii zoosteriene şi tabetice; tahicardii ventriculare şi supraventriculare produse de digitală, extrasistole ventriculare multifocale; rezultate mai slabe, în: extrasistole atriale, tahicardie paroxistică atrială sau ventriculară asociată cu sindrom W.P.W., flutter atrial, fibrilaţie atrială şi tulburări de ritm joncţionale.
- *Contraindicaţii:* bradicardie, insuficienţă cardiacă congestivă, hipotensiune arterială, tahiaritmii cu bloc atrio-ventricular, insuficienţă renală şi hepatică, hipersensibilitate la drog (şoc, insuficienţă cardiacă, dispepsie, tulburări neurologice, psihice, oculare, cutanate, hepatice).
- *Precauţii:* creşte concentraţia plasmatică a cumarinelor, fenilbutazonei şi scade pe cea a fenobarbitalului; potenţează efectele hipotensoare ale medicamentelor hipotensoare şi ale diureticelor, potenţează efectul bradicardizant al digitalei, propranololului, chinidinei şi procainamidei.
- *Mod de administrare:* soluţia proaspăt pregătită (nu mai veche de 4 ore) în 10 ml solvent special se administrează direct i.v. (nu se amestecă cu soluţie glucozată sau salină deoarece precipită), la un ritm de 50 mg/minut, pînă la 250 mg (5 mg/kilocorp) sub monitorizare ECG. Injecţia se opreşte la apariţia efectului sau a fenomenelor toxice. Dacă nu se obţin rezultate, după 20 minute se administrează într-o altă venă 50 mg/minut pînă la 250 mg. Dacă nici de data aceasta nu se obţin rezultate, se renunţă la difenilhidantoină (unii recomandă 100 mg i.v., tot la 5 minute, pînă la doza totală de 750—1000 mg). Calea i.v. este folosită mai ales pentru tratamentul tulburărilor de ritm. Administrarea i.m. se face, ca şi cea i.v., cu 100—150 mg, tot la 6—8 ore.

Administrarea orală: capsule a 100 mg, de 3 ori 1—2 la zi (pentru tratament şi întreţinerea efectului).

Dilauden (vezi Analgetice stupefiante)

Dispezin

- *Indicaţii:* astm bronşic, hemoptizie.
- *Contraindicaţii:* vezi Adrenalina.
- *Mod de administrare:* i.m. 1 fiolă în timpul crizelor; se poate repeta.

Distonocalm (vezi Propranolol)

Scanned with OKEN Scanner

DH — Ergotoxin (vezi Hydergine)

Dopamine

- *Indicații:* șoc cardiogen, cu oligurie și rezistență periferică normală sau scăzută.
- *Contraindicații:* hipertrofie de prostată, graviditate, hipertiroidism, șocul hipovolemic.
- *Mod de administrare:* 400 mg dopamină în 500 ml soluție dextroză 5%, în perfuzie lentă (1,5 µg/min). Nu se dă în soluție alcalină.

Dopegyt (Methyldopa, Aldomet)

- *Indicații:* hipertensiune arterială.
- *Contraindicații:* boli hepatice, insuficiență renală, depresiuni psihice, feocromocitom.
- *Mod de administrare:* 3—4 comprimate a 0,250 g pe zi; perfuzie i.v. 250—500 mg tot la 6 ore în glucoză 5% (Methyldopa).

Edecrin (Acid ethacrynic, Edecril, Hydromedin)

- *Indicații:* retenție hidrosalină, hipertensiune arterială, insuficiență cardiacă cronică, edem pulmonar acut.
- *Contraindicații:* oligoanurie cu azotemie progresivă, insuficiență hepatică, deshidratare cu hiponatremie, alcaloză metabolică și cu hipokaliemie.
- *Mod de administrare:* 50 mg dizolvate în 50 ml glucoză 5% sau ser fiziologic, injectat i.v. în cîteva minute. Doza se poate repeta după 2 ore. La persoane cu supragreutate, doza este de 0,5—1 mg/kilocorp, nu însă peste 100 mg. Per os, tablete a 25 și 50 mg, 1—3 ori pe zi.

Ederen (Acetazolamidum, Diamox, Fonurit)

- *Indicații:* edeme, glaucom, epilepsie, hipertensiune premenstruală.
- *Contraindicații:* insuficiență hepatică și renală, acidoză, boala Addison
- *Mod de administrare:* 5—30 mg/kilocorp/zi; comprimate a 0,250 g.

Edetamin (Propil, E.D.T.A., Chelaton)

- *Indicații:* intoxicații cu Pb, Ni, Cr, Mn, Cd, Hg, elemente radioactive (exceptînd stronțiul).
- *Contraindicații:* afecțiuni renale, tratament concomitent cu barbiturice sau sulfamide.
- *Mod de administrare:* 1—2 fiole/zi în perfuzie i.v. lentă (timp de o oră).

Edrophonium (Tensilon) Chloride (vezi Tensilon)

- *Indicații:* tahicardia paroxistică supraventriculară.
- *Mod de administrare:* 5—10 mg i.v. în 30—60 secunde; se repetă la 5′, dacă e necesar.

Efedrină

- *Indicații:* astm bronșic, urticarie, alte stări alergice, bloc atrio-ventricular total, intoxicații cu barbiturice, opiacee.
- *Contraindicații:* hipertensiune arterială, cardiopatie ischemică, hipertiroidism.
- *Mod de administrare:* 1—2 fiole/zi în injecții subcutanate sau i.m.; 1—3 comprimate a 0,05 g/zi.

Scanned with OKEN Scanner

Emetiral (Propizin)
- *Indicații:* grețuri și vărsături de orice natură, encefalopatie hipertensivă, sindrom Ménière.
- *Contraindicații:* leziuni renale și hepatice grave, comă prin barbiturice, alcool, opiacee și abdomen acut.
- *Mod de administrare:* drajeuri a 5 mg, 1—3 ori 1—2 drajeuri/zi.

Eraldin (Practolol)
- *Indicații:* tulburări de ritm (mai ales supraventriculare), angină pectorală.
- *Contraindicații:* relative în blocul atrio-ventricular, acidoză metabolică.
- *Mod de administrare:* comprimate a 100 mg, 1—3 pe zi.

Pentru efectele toxice oculare, observate în tratamentul de durată, există tendința de a fi scos din uz!

Fenacemid
- *Indicații:* epilepsie refractară la alte anticonvulsivante.
- *Contraindicații:* insuficiență hepatică.
- *Mod de administrare:* comprimate a 0,500 g, de 2—3 ori 1 comprimat/zi.

Feniramin, Feniramin „R" (Avil)
- *Indicații:* stări alergice.
- *Contraindicații:* insuficiență hepatică și renală.
- *Mod de administrare:* comprimate a 0,05 g, 1—3/zi; fiole, 1/2—2 fiole/zi.

Fitomenadion (vezi Vitamina K_1)

Fobenal (Belafital)

Foladon (Belatot)
- *Indicații:* ca anticolinergic, antispastic, sedativ.
- *Contraindicații:* glaucom, afecțiuni ale prostatei.
- *Mod de administrare:* 1—3 comprimate a 0,250 mg/zi.

Fortral (Pentazocin, Talwin)
- *Indicații:* algii moderate și severe, medicație preanestezică.
- *Contraindicații:* hipersensibilitate la drog; prudență la gravide.
- *Mod de administrare:* comprimate a 50 mg, la 3—4 ore un comprimat; i.m., s.c., i.v. — 30 mg la 3—4 ore.

Furosemid (Lasix, Furantral)
- *Indicații:* edeme cardiace, hepatice, renale, edem cerebral, edem pulmonar acut, hipertensiune arterială, forțarea diurezei în diverse intoxicații (ex. barbiturice).
- *Contraindicații:* insuficiență hepatică, afecțiuni grave renale.
- *Mod de administrare:* fiole a 20 mg, se injectează i.v. în soluții alcaline, neutre sau slab acide; nu se administrează în amestec cu soluții acide (vitamina C, B_1, noradrenalină); sărurile bazelor organice (anestezicele locale, alcaloizii, narcoticele, antihistaminicele) precipită prin amestec cu Furosemid. Se injectează 1—2 fiole de 2—3 ori pe zi în urgențe. În tratamentul stărilor cronice se administrează 1—2 comprimate a 40 mg în ritm dictat de răspunsul terapeutic.

Scanned with OKEN Scanner

Ganlion (Hypotensin, Pendiomid, Pentamin)

- *Indicații:* hipertensiune arterială, edem pulmonar acut, encefalopatie hipertensivă, șoc volemic compensat.
- *Contraindicații:* arterioscleroză cerebrală avansată, insuficiență cardiacă.
- *Mod de administrare:* 0,5—1 ml, în injecții i.m. sau i.v., din fiola de 2 ml (0,075 g); 3—4×20 pic/zi din soluția de 20%.

Glucagon

- *Indicații:* reacții hipoglicemice severe, șoc cardiogen.
- *Mod de administrare:* 0,5—1 mg (fiole a 1 mg și a 10 mg) s.c., i.m. sau i.v.; se poate repeta după 20 minute; în șocul cardiogen se administrează 3—5 mg pe oră, în perfuzie i.v.

Guanetidină

- *Indicații:* hipertensiune arterială, forme medii, grave și maligne.
- *Contraindicații:* feocromocitom (poate accelera eliberarea catecolaminelor din feocromocitom), insuficiență cardiacă, renală, insuficiență circulatorie cerebrală, encefalopatia hipertensivă, insuficiență coronariană.
- *Mod de administrare:* se începe cu 10 mg/zi (comprimate a 10 mg și 25 mg) și se crește treptat după necesități.

Precauții: nu este permisă asocierea cu ganglioplegice și nici cu inhibitori MAO; diureticele măresc efectul guanetidinei; preparatele de rauwolfia, asociate guanetidinei, sporesc acțiunea hipotensoare, bradicardizantă și depresia.

Haemiton (Clonidinum, Catapresan)

- *Indicații:* hipertensiune arterială, forme medii, grave și maligne.
- *Contraindicații:* graviditate.
- *Mod de administrare:* comprimate a 75 și 300 mg, cîte 1—3 sau chiar 4—6 comprimate/zi.

Haloperidol

- *Indicații:* agitație maniacală, delirium tremens, schizofrenie, psihopatii agresive-iritabile, agitație confuzională la arteriosclerotici.
- *Contraindicații:* insuficiență circulatorie cerebrală (administrare cu prudență).
- *Mod de administrare:* 1—10 mg per os sau 1—2 fiole a 5 mg/zi.

Helthion

- *Indicații:* intoxicații cu CO, substanțe methemoglobinizante, nitriți, nicotină, hipnotice.
- *Mod de administrare:* 1—2 fiole a 10 ml sol. 0,2%, i.v. lent sau i.m.

Heparină

- *Indicații:* tromboze venoase și arteriale, embolii, șoc infecțios, coagulare intravasculară diseminată.
- *Contraindicații:* ulcer gastro-duodenal, sindrom hemoragipar, hemopatii maligne, insuficiență hepatică, renală, endocardita subacută, sensibilitate la heparină, după operații de ochi, creier, coloană vertebrală.
- *Mod de administrare:* se începe cu 2 fiole i.v. (10.000 U.I.) și se continuă cu 1—2 fiole i.v. tot la 4 ore timp de 48 ore; în același timp se începe și

Scanned with OKEN Scanner

tratamentul cu cumarinice (Trombostop). Se poate administra şi în perfuzie continuă 10.000—40.000 U.I. în 1—2 l soluţie de glucoză 5% sau ser fiziologic (ritm iniţial 1 ml/min); controlul timpului de coagulare tot la 4 ore.
Precauţii: aspirina — salicilaţii interferează cu heparina în agregarea plăcuţelor sanguine; uneori însă produc hemoragii;
- antihistaminicele, digitala, chinidina, penicilina şi tetraciclina inhibă acţiunea anticoagulantă a heparinei;
- antidot al heparinei: sulfat de protamină (fiole a 50 mg pulbere + ClNa); 1 mg sulfat de protamină neutralizează 75—100 U.I. de heparină. Se administrează i.v. în 1—3 minute (nu mai mult de 50 mg o dată).

Histamina

- *Indicaţii:* stări alergice, migrene, arteriopatii periferice.
- *Contraindicaţii:* hipertensiune arterială, hemoragii digestive, procese inflamatorii acute.
- *Mod de administrare:* ca desensibilizant, injecţii intradermice în doze progresive, începînd cu 0,01 mg; în obliterări arteriale periferice acute, intraarterial 1—1,5 mg histamină, diluată în 200—500 ml glucoză 5% în perfuzie sau injecţii lente.

Hydergine (Redergin, Dh-Ergotoxin)

- *Indicaţii:* tulburări ale circulaţiei periferice şi cerebrale.
- *Contraindicaţii:* intoleranţă la drog.
- *Mod de administrare:* s.c., i.m. sau i.v. 1/2—2 fiole a 0,30 mg.

Insulina

- *Indicaţii:* diabetul zaharat; indicaţia majoră coma acido-cetozică.
- *Contraindicaţii relative:* cardiopatie ischemică, hipopotasemie.
- *Mod de administrare:* injecţii s.c. şi i.v. În comă diabetică se administrează i.v. 50—100 U.I. şi 50 U.I. s.c.; dozele se repetă, după caz, tot la 30′—60′.

Intensain (Carbocromenum, Intercordin)

- *Indicaţii:* coronarodilatator.
- *Mod de administrare:* în cazuri grave de insuficienţă coronariană se fac perfuzii i.v., 5 fiole (200 mg) în 250—500 ml ser fiziologic sau glucoză 5%, timp de 4 ore; în stări grave, doza se poate creşte la 400 mg în timp de 12 ore; în cazuri obişnuie, injecţii i.v., i.m., drajeuri a 75 mg per os, 3 ori 1—2 pe zi.

Izoproterenol (Isuprel, Izoprenalină) (stimulator betaadrenergic)

- *Indicaţii:* şoc compensat volemic, stop cardiac, bradiaritmii, tulburări de conducere atrio-ventriculare, sincope Adams—Stokes produse prin oprirea inimii, tahicardie sau fibrilaţie ventriculară.
- *Contraindicaţii:* tahiaritmii prin intoxicaţie digitalică, sindrom Adams—Stockes la bolnavi hipertensivi, cu angină pectorală sau cu tahicardii sinusale (peste 120 bătăi/minut).
- *Mod de administrare:*
  - intracardiac, 0,1 ml (0,02 mg) din soluţie nediluată 1:5000;
  - intravenos, doză unică: 1—3 ml din soluţie rezultată din 1 ml soluţie izoproterenol 1:5000 diluat cu 9 ml glucoză 5%;
  - intravenos, în perfuzie: 5 ml (1 mg) din soluţia nediluată 1:5000, adăugată la 500 ml dextroză 5%;

Scanned with OKEN Scanner

- în șoc, ritmul este de 0,25—2,5 ml/minut, iar în bradiaritmii se administrează doza necesară pentru a realiza ritmul de 50—60 bătăi cardiace pe minut; se tatonează ritmul de perfuzie pentru menținerea rezultatului;
- sublingual, tablete cu acțiune scurtă (a 10 și 15 mg) și cu acțiune retard (a 15 și 30 mg).

Karion

- *Indicații* pareza, paralizia centrului respirator.
- *Mod de administrare:* fiole a 15 și 30 mg i.v. lent sau în perfuzie.

Kelen (Clorură de etil)

- *Indicații:* anestezic local.
- *Mod de administrare:* pulverizație locală.

Lactat de potasiu, soluție 25,63%, fiole a 20 mEq K^+ și 20 mEq lactat

Lactat de sodiu, soluție 11,2%, fiole a 20 mEq Na^+ și 20 mEq lactat.

- *Indicații:* stări de acidoză cu pierdere de K.
- *Mod de administrare:* 1 fiolă se diluează în soluție de glucoză 5% pînă la un volum de 125 ml.

Levarterenol (Levophed, 1-norepinefrina)

Are efect betaadrenergic asupra inimii (efect inotrop pozitiv și coronarodilatator) și efect alfaadrenergic asupra arterelor periferice (vasoconstrictor).

- *Indicații:* șoc sau hipotensiune arterială acută în timpul unui infarct miocardic, traumatisme, infecție, anestezie lombară, după îndepărtarea unei tumori cromafine (feocromocitom), după unele substanțe medicamentoase, după transfuzie sanguină, condiții în care viața este amenințată și devine absolut necesară creșterea presiunii arteriale pentru asigurarea fluxului coronarian și cerebral. Este o terapie „de moment".
- *Contraindicații:* hipertiroidism, anestezie cu ciclopropan sau Halotan, hipoxie, hipercapnie; la persoane care fac tratament cu inhibitori MAO.
- *Mod de administrare:*
  - intracardiac 0,5—0,75 ml din soluția 0,02% (1 ml din soluție 0,2% diluat în 9 ml ser fiziologic);
  - perfuzii i.v., 1 fiolă (4 ml sol. 0,2%) diluat în 1000 ml glucoză 5%, 0,5—1 ml/min, pentru a ridica și a menține tensiunea arterială sistolică între 90—100 mmHg.

Levomepromazin (Nozinan, Tisercin) (vezi Clordelazin)

Lidocaina (vezi Xilina)

Magneziu sulfat

- *Indicații:* tulburări de irigație cerebrală, edem cerebral, eclampsie, tetanie, migrenă, intoxicație cu strichnină, colică saturnină, tahiaritmii asociate cu hipomagneziemie.

Scanned with OKEN Scanner

• *Contraindicaţii:* insuficienţă renală, intoxicaţie cu barbiturice, curarizante şi acid nicotinic, boala lui Addison.
• *Mod de administrare:* injecţii a 10 ml sulfat de Mg 20% i.m. sau i.v. lent 1 ml/minut.
Precauţii: dacă apare depresia respiratorie, ca antidot se administrează i.v. calciu (gluconat, clorat).

Metaraminol (Aramine)

• *Indicaţii şi contraindicaţii:* vezi Levarterenol.
• *Mod de administrare:* în perfuzie i.v., 1,5—10 ml. (15—100 mg) în 500 ml glucoză 5% în ritm de 0,5—1 ml/minut; în doză unică i.v. se administrează 0,05—0,5 ml (0,5—5 mg) nediluat; doza de 0,2—1 ml se poate administra i.m. sau s.c.

Methoxamina hidroclorică (Vasoxyl)

• *Indicaţii:* în hipotensiune arterială, postanestezie rahidiană şi postchirurgicală; în tahicardie paroxistică atrială, ca agent reflex bradicardizant.
• *Contraindicaţii:* hipertiroidism, hipertensiune.
• *Mod de administrare:* 5—10 mg în injecţii lente i.v., sub monitorizare ECG. şi a presiunii arteriale.

Methyldopa (Aldomet) (vezi Dopegyt)

Miofilin (Corfilin)

• *Indicaţii:* astm bronşic, astm cardiac, spasme vasculare cerebrale.
• *Contraindicaţii:* hemoragie cerebrală, epilepsie.
• *Mod de administrare:* fiole de 10 ml sol. 2,4%, 1—3/zi i.v. foarte lent.

Miostin (Prostigmin, Neoeserin, Neostigmin, Polistigmin)

• *Indicaţii:* ileus paralitic, atonie vezicală.
• *Contraindicaţii:* ileus mecanic, peritonită, astm bronşic.
• *Mod de administrare:* fiole a 0,5 mg, 1/2—2 fiole în injecţii s.c., i.m. sau i.v.

Nalorphine (Nalorphinum, Lenthidrone)

• *Indicaţii:* intoxicaţii cu opiacee, insuficienţa respiratorie din cursul narcozelor chirurgicale.
• *Contraindicaţii:* nu are.
• *Mod de administrare:* fiole a 5 mg, i.v. 1—2 fiole la 10—15 minute interval, pînă la doza totală de 40 mg.

Neosynephrine (Phenylephrine)

• *Indicaţii:* hipotensiune arterială provocată de anestezie rahidiană sau de neuroleptice; uneori în tahicardie paroxistică supraventriculară (acţiune reflexă bradicardizantă).
• *Contraindicaţii:* hipertensiune arterială, hipertiroidism, coronaropatii.
• *Mod de administrare:* 0,25 mg (0,25 ml din fiole de 0,2%) se injectează rapid (20—30 sec.) i.v. sau diluat cu 10 ml ser fiziologic pentru un control mai bun al administrării.

Scanned with OKEN Scanner

Nitroglicerină

- *Indicații:* angină pectorală, colică biliară, renală, saturnină.
- *Contraindicații:* glaucom, insuficiență cardiacă, hipertensiune intracraniană.
- *Mod de administrare:* sublingual, cîte 1 comprimat a 0,5 mg; se poate repeta după 15 minute.

Nitrit de sodiu

- *Indicații:* angină pectorală, antidot în intoxicații cu acid cianhidric, cianuri, alcaline, hidrogen sulfurat.
- *Mod de administrare:* 0,05—0,1 g o dată pe doză, în soluție.

Nitroprusiat de sodiu (Nipside-Roche)

- *Indicații:* urgențe hipertensive, inclusiv encefalopatia hipertensivă, hemoragia cerebrală, feocromocitomul.
- *Contraindicații:* stări în care scăderea T.A. agravează tulburările (ex. insuficiență renală severă, ateroscleroza cerebrală). hipotiroidism.
- *Mod de administrare:* perfuzie i.v. 50 mg în 500—1000 ml glucoză 5% (soluția se prepară înainte de administrare; nu trebuie să fie mai veche de 4 ore; flaconul trebuie protejat de lumină); ritmul de administrare, 10 picături pe minut; se monitorizează tensiunea arterială.

Norartrinal (Levarterenol, Arterenol, Noradrenalina, Norepinefrine)

- *Indicații și contraindicații:* vezi Levarterenol.
- *Mod de administrare:* în perfuzie, 1 fiolă 4‰ sau 2 fiole 2‰, diluată în 1000 ml glucoză 20%, în ritm 0,5—1 ml/minut.

Novodrin (Isoprenalin, Aludrin, Bronhodilatin, Isachin)

- *Indicații:* sindrom Adams—Stokes, bradiaritmii, tulburări de conducere atrio-ventriculare, astm bronșic.
- *Contraindicații:* hipertiroidism, hipertensiune arterială.
- *Mod de administrare:*
  - intracardiac, 0,01—0,02 mg (1—2 ml din soluția unei fiole în 9 ml ser fiziologic);
  - s.c. sau i.m., 0,2 mg = 1 ml din sol. 1:5000;
  - i.v., 0,1 ml din soluția 1:5000 în perfuzie i.v., 1 mg în 200 ml soluție glucoză 5%, în ritm de 1 ml/minut.

Papaverină

- *Indicații:* colică renală, biliară, spasm vascular cerebral, angină pectorală.
- *Contraindicații:* disociație atrio-ventriculară.
- *Mod de administrare:* fiole 4% (0,04 g), 1—2 fiole în injecții s.c. sau i.m.; intravenos se administrează în ser fiziologic, foarte lent (în 5—10 minute).

Pendiomid (vezi Ganlion)

Scanned with OKEN Scanner

Pentolinium (Ansolysen) tartrat

- *Indicații:* urgențe hipertensive, encefalopatie hipertensivă, edem pulmonar acut, hemoragii cerebrale, disecția aortei, hipertensiune malignă.
- *Contraindicații:* stenoză pilorică organică, ulcer gastro-duodenal sângerînd, infarct miocardic recent, insuficiență renală.
- *Mod de administrare:* s.c. sau i.m. Inițial se administrează maximum 1 mg, pacientul fiind în poziție șezîndă; se urmărește tensiunea arterială tot la 10 min. timp de 1 oră, pînă se obține maximum de efect, apoi se crește doza cu 2—6 mg tot la 4—6 ore, pînă la obținerea efectelor dorite.

Persantin (Dipyridamol, Curantyl)

- *Indicații:* insuficiență coronariană, pentru efectul trombolitic și fibrinolitic.
- *Mod de administrare:* fiole de 2 ml (0,010 g) i.v. lent sau i.m.: comprimate a 25 și 75 mg de 2—3 ori pe zi.

Phentolamine (Regitine) myselate (blocant alfaadrenergic)

- *Indicații:* în șoc volemic compensat ca vasodilatator, pentru prevenirea și tratamentul crizelor hipertensive din feocromocitom (test diagnostic), crize hipertensive la pacienți care se tratează cu inhibitori MAO, prevenirea necrozei tisulare în injecții paravenoase de levarterenol.
- *Contraindicații:* ulcer gastroduodenal.
- *Mod de administrare:* 10 ml (50 mg) se dizolvă în 40 ml glucoză 5% și se administrează în perfuzie i.v. în ritm de 0,5—2 ml/minut.

Pilocarpina

- *Indicații:* glaucom, intoxicație cu atropină.
- *Contraindicații:* astm bronșic, hipotensiune arterială, ulcer gastric.
- *Mod de administrare:* 5—10 mg s.c. (fiole 1‰—1 ml/ fiolă).

Practolol (vezi Eraldin)

Plegomazin (vezi Clordelazin)

Procaină (Novocaină, Procainum hydrochloricum)

- *Indicații:* anestezie locală și loco-regională, colică renală; biliară.
- *Contraindicații:* hipotensiune arterială, afecțiuni renale grave, sensibilitate la drog.
- *Mod de administrare:* soluții de 0,25—1% pentru infiltrații locale și injecții i.v.; soluție 0,5% pentru infiltrația simpaticului lombar.

Procainamidă (Pronestyl)

- *Indicații:* tahicardie ventriculară, extrasistole ventriculare, extrasistole atriale, tahicardie paroxistică supraventriculară; rezultate mai slabe pentru conversia fibrilației și a flutterului atrial la ritm sinusal; rezultate bune în extrasistole și tahicardie paroxistică joncțională; tahicardie ventriculară datorită supradozajului digitalic.
- *Contraindicații:* bloc atrioventricular grad II, bloc complet atrioventricular; miastenia gravis, hipersensibilitate la drog.

Precauții: poate produce hipotensiune arterială, bradicardie, bloc atrioventricular, confuzie, halucinație. Lărgirea QRS peste 25% impune suspendarea drogului (pericol de fibrilație ventriculară).

Scanned with OKEN Scanner

• *Mod de administrare:* i.v. 100 mg tot la 5 minute, pînă la o doză totală de 1 g; în perfuzie, 20 ml (2 g) la 80 ml glucoză 5%, în ritm de 60 pic (20 mg) pe minut; i.m., 0,5—1 g (5—10 ml) tot la 6 ore; oral, inițial 1 g, apoi 0,25—0,50 tot la 3 ore, pînă la o doză care să nu depășească 4 g (în medie 50 mg/kilocorp).

Propranolol (Inderal)

• *Indicații:* tahicardie sinusală asociată cu anxietate, sindrom hiperdinamic betaadrenergic, hipertiroidism, tahicardie paroxistică supraventriculară, tahiaritmii supraventriculare, asociate cu sindrom W.P.W.; se mai indică, nu ca drog de prim ordin, în tahiaritmii ventriculare, în anestezie cu halotan și tulburări de ritm cu alură rapidă induse de digitală; rezultate slabe în conversia fibrilației și flutterului atrial la ritm sinusal, extrasistole atriale și ventriculare, tahicardie ventriculară, fibrilație ventriculară.

• *Contraindicații:* bradicardie sinusală, bloc atrio-ventricular de gradul II sau complet, șoc cardiogen, insuficiența inimii drepte datorită hipertensiunii pulmonare, insuficiență cardiacă congestivă (în formele cu tahiaritmii care răspund la propranolol acesta se adaugă tratamentului cardiotonic), în intoxicația digitalică manifestată prin bradiaritmii cu bloc atrio-ventricular, în infarctul miocardic (maximă prudență — efect inotrop negativ, scade răspunsul coronarodilatator la hipoxie), astm bronșic, rinită alergică, în timpul tratamentului cu rezerpină sau cu inhibitori MAO (aceste medicamente trebuie să fie sistate cu cel puțin două săptămîni înainte).

Precauții: efecte secundare și toxice digestive (grețuri, vărsături, diaree), respiratorii (dispnee, laringospasm), neurologice (oboseală, somnolență, cefalee, vertij, sincopă, depresie, halucinații, coșmaruri, parestezii, astenie motorie), cardiovasculare (bradiaritmii, tulburări de conducere atrio-ventriculare, hipotensiune ortostatică, șoc cardiogen, edem pulmonar acut) și metabolice (scade glicemia). Tratamentul efectelor toxice: suprimarea administrării drogului, atropină (în bloc atrio-ventricular), izoproterenol, digitală.

• *Mod de administrare:* per os, 10—30 mg de 3—4 ori pe zi înainte de mîncare și la culcare; injecții i.v., 1—3 mg (1—3 ml) în ritm de 1 mg/min, sub monitorizare ECG.; se poate repeta doza după cel puțin trei minute dacă este necesar; dacă nu se obține rezultat favorabil, o altă doză se va administra după cel puțin patru ore; nu se va depăși doza de 10 mg.

Redergin (vezi Hydergine)

Rezerpina (Serpasil, Hiposerpil, Raunervil)

• *Indicații:* urgențe hipertensive, inclusiv eclampsie, disecția aortei, hipertensiune malignă, encefalopatie hipertensivă.

• *Contraindicații:* intoxicație digitalică, depresie, ulcer gastroduodenal, astm bronșic.

Precauții: la administrare cu chinidină, propranolol și inhibitori ai MAO.

• *Mod de administrare:* i.m., doză test 0,25 mg; dacă nu se produce o hipotensiune arterială excesivă în 1—2 ore, se administrează 2,5 mg tot la 6—8 ore pînă la efectul dorit; peste 5 mg apar fenomene adverse.

Scanned with OKEN Scanner

Soluții perfuzabile

a). *Electroliți și zaharuri*

- *Clorura de sodiu* fiole 10% și 20%
- *Fructoză*, fiole 20%; indicații: leziuni hepatice grave.
- *Glucoză*, fiole 20%, 33% 40%; soluții 5%, 20%, 33%, 40%, în saci din plastic pentru perfuzii lente.
- *Lactat de sodiu*, fiole a 20 ml și soluție 11,2%. (vezi Lactatul de Na).
- *Lactat de K*, fiole a 10 ml și soluție 25,63% (vezi Lactatul de K).
- *Multiglutin*, fiole a 10 ml, 5—10 fiole pe zi.
- *Ser fiziologic*, fiole a 10 ml; soluție în saci din plastic a 250, 500 și 1000 ml.
- *Zahăr invertit*, glucoză+levuloză fiole a 20%, 33%, 40%.

b). *Inlocuitori ai masei circulante*

- *Albumină umană* 5%, soluție injectabilă i.v., în perfuzie lentă.
- *Aminomel L×2*, *Aminofuzin* (amestec de aminoacizi, vitamine, electroliți).
- *Dextran-70*, *Dextran-40* (vezi Dextran)
- *Marisang* (Gelofusine, Haemaccel, Plasmagel), soluție sterilă de gelatină; flacoane a 450 ml.
- *Manitol (Merk)*, indicat în edem cerebral, în perfuzie 10% și 20% pînă la 50 g o dată.
- *Rocmaline desodée* conține acid malic și arginină; flacoane a 250 ml. Indicat în insuficiență hepatică, renală, encefalopatie portală.
- *Salviamin* (soluție de aminoacizi și electroliți), flacoane a 500 ml.
- *THAM* (bază aminată ce se combină cu CO_2 și formează bicarbonat de sodiu); indicat în acidoza metabolică, mai ales în boli cardiovasculare); flacoane a 250 mg. pentru perfuzie lentă.

c). *Soluții lipidice perfuzabile*

Sînt emulsii lipidice în fază apoasă. Se utilizează uleiuri vegetale sau grăsimi animale rafinate și purificate.

1. *Intralipid vitrum:*
- emulsie 10% în flacoane de 100 ml, 500 ml și 1000 ml; conține ulei de soia (fără fosfatide), lecitina din gălbenuș de ou, glicerină și apă distilată, la valoare de 1000 calorii/litru;
- emulsie 20% în flacoane de 500 ml (compoziția de mai sus la valoare de 2000 calorii/litru).

2. *Lipofundin* (Braun—Melsungen) sau Lipiphysan
- emulsie 10% în flacoane de 1000 ml la valoare de 1200 calorii/litru (ulei de semințe de bumbac, fosfatide de soia hidrogenate, sorbitol);
- emulsie 15%, flacoane a 1000 ml, cu valoare calorică de 1650 calorii/litru.

3. *Lipomul*
- emulsie 15% în flacoane de 250 ml, 500 ml și 600 ml. (ulei de semințe de bumbac, lecitină de soia, dextroză anhidră, oxietilen-oxipropilen polimer, cu valoare de 1600 calorii/litru.

Streptokinază (Streptase)

- *Indicații:* tromboze și embolii arteriale, tromboze venoase, embolie pulmonară, infarct miocardic recent și pentru dezobstrucția shunturilor arterio-venoase pentru hemodializă.
- *Contraindicații:* diateze hemoragice, tumori și ulcere cu tendință la hemoragie, hemoragii recente, intervenții chirurgicale recente, infecții streptococice, hipertensiunea arterială severă.

Scanned with OKEN Scanner

• *Mod de administrare:* se începe tratamentul cu 250.000 U.I. streptază în 50 ml ser, în perfuzie i.v. în timp de 30 minute (30 pic./min); se continuă cu 750.000 U.I. în 250 sau 500 cc Haemaccel sau soluție de glucoză 5%, în perfuzie i.v. în timp de 7½ ore, în ritm de 17—25 picături/minut; între 8—16 ore, de la începutul tratamentului, se continuă cu 750.000 U.I. în perfuzie i.v. în ritm de 15—20 pic/min.; între 16—24 ore se continuă cu aceeași doză și ritm.
După 24 ore (uneori după 8—16 ore), se începe tratamentul cu anticoagulante: heparină în primele 24 ore, 10.000 U.I., și 25.000 U.I. în următoarele 24 ore. Concomitent se administrează preparate cumarinice, 6—8 mg în primele 24 ore, continuînd cu 2—4 mg în ziua următoare. Se continuă apoi tratamentul numai cu preparate cumarinice.
Precauții: controlul timpului de trombină, al timpului de coagulare și de protrombină și al fibrinogenului.

Stricnină (sulfat de)

• *Indicații:* intoxicație cu barbiturice, incontinență sfincteriană.
• *Contraindicații:* tetanie, hipertensiune arterială, ateroscleroză.
• *Mod de administrare:* fiole a 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg; în injecții s.c., 1—4 fiole/zi.

Tensilon (Edrophonium Chloride)

• *Indicații:* tahicardie paroxistică joncțională și atrială.
• *Contraindicații:* infarct miocardic acut.
• *Mod de administrare:* i.v. 5 mg în bolus în 30—60 sec.; se repetă la 5 minute dacă e necesar.

Tiosulfat de sodiu

• *Indicații:* accidente anafilactice, reacții alergice, intoxicație cu acid cianhidric.
• *Contraindicații:* insuficiență renală.
• *Mod de administrare:* fiole a 10% și 20%, 5—20 ml i.v. lent; în intoxicație cu acid cianhidric, doza se repetă tot la 30 minute pînă la 100 ml.

Torecan

• *Indicații:* vărsături, amețeli, sindrom Ménière, kinetoze.
• *Mod de administrare:* fiole a 6,5 mg/1 ml, s.c., i.m. sau i.v.; per os, 1—3 drajeuri a 6,5 mg/zi.

Toxogonin (Obidoximi chloridum, Pirangyl-Egyl)

• *Indicații:* intoxicații cu inhibitori ai colinesterazei, compuși organo-fosforici, insecticide, miotice, mitonice.
• *Mod de administrare:* după atropinizare, la 5 minute se administrează 1 fiolă (0,25 mg) i.v.; se repetă tot la 1—2 ore pînă se obțin rezultatele dorite.

Trasylol

• *Indicații:* stări de șoc (traumatic, pancreatogen, septic, hemoragic).
• *Mod de administrare:* fiole a 10 ml cu 100.000 U.I.K; se începe cu 500.000 U.I.K. — în perfuzie i.v. — în ritm de 5 ml/min, apoi 50.000 U.I.K. pe oră.

Scanned with OKEN Scanner

Trombostop (Sintrom, Syncumar, Acerocumarolum)

- *Indicații:* infarct miocardic, tromboflebită profundă, embolie pulmonară, prevenirea complicațiilor tromboembolice.
- *Contraindicații:* diateză hemoragică, insuficiență hepatică, renală, ulcer gastroduodenal, graviditate.
- *Mod de administrare:* comprimate a 2 mg, 10—12 mg/zi — doză de atac și 2—6 mg/zi doză de întreținere — administrate într-o singură priză, dimineața, sub controlul timpului de protrombină (indicele de protrombină să fie între 15—30%); de obicei la început se administrează concomitent cu heparina, timp de 2—3 zile, apoi se continuă numai cu trombostop.

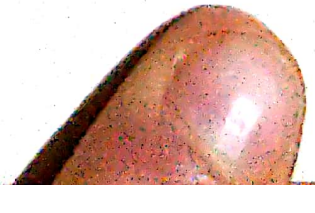
În caz de supradozaj, de hemoragii, se administrează Vitamina K, 5—10 mg/zi, în forme ușoare, și 5—25 mg i.v., în cazuri grave+transfuzie de sînge.

Vitamina K (Acetomenaphton, Syncavit, Mephyton, Mona-kay, Kanakior)

- *Indicații:* hemoragii, diateză hemoragică în insuficiență hepatică, post-tratament cu sulfamide, antibiotice, trombostop.
- *Contraindicații:* stări tromboembolice.
- *Mod de administrare:* fiole 1%, 1—3/24 ore s.c., i.m. sau i.v. foarte lent; tablete a 2 mg, 10 mg, 25 mg per os (1—3/zi).

Xilină (Lidocaine, Lidocainum, Hylocitin, Xylocain)

- *Indicații:* extrasistole ventriculare, tahicardie ventriculară, tahiaritmii ventriculare datorite intoxicației digitalice, stop cardiac prin fibrilație ventriculară, extrasistole supraventriculare, tulburări de ritm ventricular după defibrilare sau cardioversie electrică; profilactic, în infarctul miocardic acut.
- *Contraindicații:* hipersensibilitate la xilină, tulburări de conducere sino-atriale, atrio-ventriculare și sindrom Adams—Stokes, bradicardie sinusală cu scăpări ventriculare sau nodale, fibrilație atrială, cu complexe QRS modificate, confundată cu tahicardie ventriculară (se produce o creștere foarte rapidă a ritmului ventricular); insuficiență hepatică, insuficiență cardiacă și insuficiență renală (în aceste ultime trei situații, dacă este nevoie, se vor administra cu prudență doze mici de xilină).
- *Mod de administrare:* fiole 4% a 2 ml (80 mg), fiole 2% a 2 ml (40 mg) și fiole 1% a 20 ml (200 mg);
  — i.v.: se începe cu 50—100 mg (1—2 mg/kilocorp), în bol, în ritm de 25—50 mg/minut; se poate repeta, în bol, după 5 minute. Se continuă cu perfuzie lentă, 2 g xilină în 450 ml ser gluconat 5%, în ritm de 1—4 mg/minut, pînă la doza totală de 2 g/24 ore;
  — i.m.: 200—300 mg tot la 6 ore (cale utilizată în timpul transportului bolnavului.
- *Precauții:* efecte secundare la hipersensibili și la doze mai mari, de 200—300 mg/oră, nervoase (ameteli, somnolență, euforie, tulburări auditive și vizuale, tulburări de vorbire, înghițire, respirație, frison, convulsii, stop respirator) cardiovasculare (hipotensiune, șoc, bradicardie, tulburări de conducere atrio-ventriculare, stop cardiac);
- Tratamentul efectelor toxice: întreruperea administrării xilinei, reanimare cardio-respiratorie; în convulsii, sedative, (Fenobarbital, Tioridazin).



Scanned with OKEN Scanner

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

(Vol.I. şi Vol. II.)

1. AITA, A. J., *Manifestări neurologice în bolile generale.*, Ed. Med. Bucureşti, 1968.
2. ARENA, J. M., *The Treatment of Poisoning, CIBA*, Clinical Symposium, 2, 1978.
3. ARSENI, C., PETROVICI, I., NASH, F., CUNESCU, V., *Bolile vasculare ale creierului şi ale măduvei spinării*, Ed. Med., Bucureşti, 1965
4. BACIU, I., FIZIOLOGIE, Ed. Did. şi Pedag., Bucureşti, 1976.
5. BERCEANU, S. T. şi colab., *Hematologie clinică*, Ed. Med., Bucureşti, 1976
6. BEESON, P. B., Mc. DERMOTT, M., *Textbook of Medicine*, W. B. Saunders Comp. Philadelphia and London, 1967.
7. BÎRZU, I. şi colab., *Radiodiagnostic clinic*, Vol. I şi II, Ed. Med., Bucureşti, 1963.
8. BOCKUS, S., H. L., *Gastroenterology*, W. B. Saunders Comp., Philadelphia —London—Toronto, 1976.
9. BOTEZ, M., ŞERBĂNESCU, P., *Algiile craniene şi craniofaciale*, Ed. Med., Bucureşti, 1965.
10. BRÎNZEIU, P., GAVRILESCU, ST., RUSSO, I., IGNAT, P., STREIAN, C., CRISTODOBESCU, R., *Ghid terapeutic în bolile cardiovasculare*, Ed. Facla, Timişoara, 1975.
11. BRUCKNER, SILVIA, BLAJA, C., NICOLAESCU, V., *Reanimare şi terapie intensivă*, Ed. Med., Bucureşti, 1966.
12. CÎMPEANU, E., *Neurologie*, Ed. Did. şi Pedag., Bucureşti, 1974.
13. CĂPÎLNA, S., TĂNĂSESCU, D., TRUŢA, E., *Biochimie medicală*, Ed. Did. şi Pedagogică, Bucureşti, 1977.
14. COLECTIV Min. Sănătăţii. *Criterii de diagnostic şi tratament în principalele boli cardiovasculare*, Ed. Med., Bucureşti, 1975.
15. COSMA, E., CHIRILEANU, T., KAUFFMANN, A., POP, AL., *Practica chirurgicală*, Ed. Dacia, Cluj-Napoca, 1973.
16. CUCUIANU, M., *Biochimie clinică*, Ed. Dacia, Cluj-Napoca, 1977.
17. CUNESCU, V., DRĂGHICI, D., *Actualităţi în tratamentul bolilor de inimă*, Ed. Med., Bucureşti, 1974.
18. CUPARENCU, B. şi colab., *Farmacologie pentru medici*, Vol. I şi II, Ed Dacia, Cluj-Napoca, 1976, 1978.
19. DOBRESCU, D., *Farmacodinamie*, Ed. Did. şi Pedag., Bucureşti, 1977. 1977.
20. DUNCAN, G. G., *Bolile metabolismului*, Vol. I şi II, Ed. Med., Bucureşti, 1966.
21. FILIPESCU, Z., CURELARU, I., *Reechilibrarea funcţională a bolnavului în urgenţă*, Ed. Med., Bucureşti, 1963.
22. FODOR, O. şi colab., *Tratat elementar de medicină internă*, Vol. I şi II, Ed. Dacia, Cluj, 1973.

Scanned with OKEN Scanner

23. GAVRILESCU, ST., STREIAN, C., LUCA, C., *Aritmiile cardiace*, Ed. Facla, Timişoara, 1976.
24. GOLDBERGER, R., *Treatment of cardiac emergencies*, The C. V. Mostby Company, Saint-Louis, 1974.
25. GHIŢESCU, T., SAFIRESCU, TH., *Urgenţe cardiovasculare*, Ed. Med., Bucureşti, 1973.
26. HARRISON, T. R., ADAMS, R. D., BENNETT, L. T., RESNIK, W. H., THORN, W., WINTROBE, M. N., *Principles of internal medicine*, Ed. III, VII şi VIII, Graw-Hill Book Company. New-York —Toronto—London, 1958, 1978.
27. HARAGUŞ, ST. şi colab., *Practica consultaţiilor medicale în ambulatoriu*, Ed. Med., Bucureşti, 1971.
28. HARAGUŞ, ST. şi colab., *Arteriopatiile obliterante cronice ale membrelor*, Ed. Dacia, Cluj-Napoca, 1973.
29. HAŢIEGANU, I. şi colab., *Clinica şi patologia medicală. Probleme şi lecţiuni*, Vol. I şi II, Ed. Med., Bucureşti, 1955.
30. HEGGLIN, R., *Diagnosticul diferenţial al bolilor interne*, Ed. a IX, Ed. Med., Bucureşti, 1964.
31. IACOB, C., *Urgenţe în neuro-traumatologie*, Ed. Dir. Sanit. Jud. Cluj, 1971.
32. ILIESCU, C. C., MALITCHI, E., DRĂGHICI, D., *Îndreptar de diagnostic şi tratament în bolile cardiovasculare*, Ed. Med., Bucureşti, 1966.
33. IONESCU-AMZA, G. şi colab., *Vademecum terapeutic*, Ed. Med., Bucureşti, 1973.
34. KARASSI, A., *Infarctul miocardic*, Ed. Med., Bucureşti, 1973.
35. KREINDLER, A. şi colab., *Neurologia.*, Vol. I şi II., Ed. Med., Bucureşti, 1957.
36. KRUPP, M. A., CHATON, M. Y., *Current Medical Diagnosis and Treatment*, Lange Med. Publ., Los Altos, California, 1977.
37. KÜCHMEISTER, H. şi colab., *Diagnostic funcţional clinic*, Ed. a II-a, Ed. Med., Bucureşti, 1973.
38. LĂZĂRESCU, S., BROŞTEANU, R., LEONIDA, I., MIHĂILESCU, N., *Vademecum în neurologie*, Ed. Scrisul Românesc, Craiova, 1974.
39. MILCU, ST. M. şi colab., *Endocrinologie clinică*, Ed. Med., Bucureşti, 1967.
40. MINCU, I., *Diabetul zaharat*, Ed. Med., Bucureşti, 1977.
41. MITCHELL, J. R. A., DOMENET, J. G., *Thromboembolis.* A New Approach to Therapy, Acad. Press, London—New-York—San Francisco, 1977.
42. MOGA, A., BRUCKNER, I., *Medicina internă*, Vol. I şi II., Ed. a II-a, Ed. Did. şi Pedagogică, Bucureşti, 1967.
43. MOGA, A., CUCUIANU, M., VLAICU, R., *Hipertensiunea arterială şi ateroscleroza*, Ed. Med., Bucureşti, 1970.
44. MOGOŞ, G., *Tromboze şi embolii în bolile cardiovasculare*, Ed. Şt. Enciclopedică, Bucureşti, 1975.
45. O.M.S. Services relatifs aux urgences cardio-vasculaires. Séries des Raports technique, 1975.
46. PANAITESCU, G., OLTEANU, D., *Apa şi electroliţii în practica medicală*, Ed. Med., Bucureşti, 1969.
47. PANAITESCU, GH., POPESCU, A. E., *Accidente medicamentoase*, Ed. Med., Bucureşti, 1969.
48. PĂUNESCU-PODEANU, A., *Urgenţele medicale*, Ed. a II-a, Ed. Med., Bucureşti, 1977.

Scanned with OKEN Scanner

49. PĂUNESCU-PODEANU, A., *Ghid de date biologice normale și patologice*, Ed. Med., București, 1962.
50. PETRESCU, R., BUNGHEZ, GH., *Urgențe cardio-vasculare*, Ed. Med., București, 1972.
51. PETTY, T. C. and all, *Intensive and Rehabilitative Respiratory Care*, 2nd Ed., Lea and Febiger, Philadelphia, 1974.
52. POPA, G., *Vademecum de urgențe medicale*, Ed. Med. București, 1976.
53. PROCA, E., *Insuficiența renală acută*, Ed. Med., București, 1964.
54. RUSESCU, A. D., POPESCU, A. V., *Urgențele în pediatrie*, partea a I-a și a II-a, Ed. Med. București, 1957.
55. SÎRBU, AURELIA, *Curs de psihiatrie*, Litografia I.M.F. Cluj-Napoca, 1976.
56. SHAPTER, R. K. and all., *Cardiopulmonary Resuscitation: Basic life support*, CIBA, Clinical Symposia, 5, 1974.
57. SCHEINBERG, P., *Cerebrovascular Diseases*, Raven Press, New-York, 1976.
58. STĂNCIOIU, N., *Trombangeita obliterantă*, Ed. Med., București, 1974.
59. STOICA, T., *Urgențele în endocrinologie*, Ed. Med., București, 1968.
60. STROIESCU, B., *Farmacologie clinică*, Ed. a II-a, Ed. Med., București, 1977.
61. ȘUTEU, I. și colab., *Șocul*, Ed. Militară, București, 1973.
62. ȘUTEANU, ST., IONESCU, BLAJA, VICTORIA, MOANGĂ, M., *Clinica și tratamentul bolilor reumatice*, Ed. Med., București, 1977.
63. ȘUTEANU, ST., PROCA, E., STAMATOIU, I., DIMITRESCU, A., *Practica medicinii interne în ambulatoriu*, Ed. Med., București, 1978.
64. URSEA, N., IONESCU-TÎRGOVIȘTE, C., *Hipertensiunea de origine renală*, Ed. Med., București, 1971.
65. VINTILĂ, P., BUNGHEZ, G., CIONCA, H., ROGOZEA DOINA, *Terapie intensivă în cardiologie*, Ed. Med., București, 1975.
66. VLAICU, R., DUDEA, C., *Propedeutica bolilor cardiovasculare*, Ed. Med., București, 1976.
67. WHITE, B. B., *Therapy in Acute Coronary Care*, Jear Book Medic. Publ., Chicago, 1971.
68. ZĂGREANU, I., *Electrocardiografie clinică*, Ed. Dacia, Cluj-Napoca, 1976.

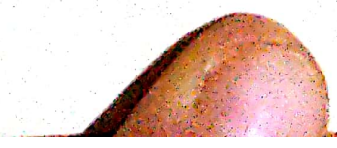
Scanned with OKEN Scanner

CUPRINS

URGENȚE RESPIRATORII 5
Insuficiența respiratorie acută 5
Astmul bronșic 18
Pneumotoracele acut 25
Hemoptizia 28

URGENȚE CARDIOVASCULARE 31
Edemul pulmonar 31
Tulburările de ritm 35
Extrasistolele 35
Tahicardia paroxistică supraventriculară 39
Tahicardia paroxistică ventriculară 44
Fibrilația atrială 48
Flutterul atrial 53
Fibrilația ventriculară 55
Blocul atrioventricular 57
Oprirea inimii 63
Supradozajul digitalic 64
Angina pectorală 66
Starea de preinfarct 70
Infarctul miocardic 72
Embolia pulmonară 80
Disecția aortei 86
Tamponada cardiacă 88
Ischemia acută periferică 90
Urgențe în hipertensiunea arterială 94
Terapia hipotensoare în urgențe 95
Hipertensiuni arteriale paroxistice 98
Encefalopatia hipertensivă 100

URGENȚE ABDOMINALE 104
Colica biliară 104
Pancreatita acută 108
Apendicita acută 112
Ileusul 116
Infarctul intestinomezenteric 120
Peritonita acută 122
Sarcina extrauterină 126
Colica saturnină 127
Porfiria acută intermitentă 128
Crizele gastrice tabetice 129
Hemoragia digestivă superioară 131
Stenoza pilorică 136



Scanned with OKEN Scanner

URGENȚE RENOURETERALE 139
Insuficiența renală acută 139
Colica renală 145
Retenția acută de urină 150
Hidronefroza intermitentă 153
Abcesul perirenal 155
Abcesul renal 156
Hematomul perirenal 157
URGENȚE HEMATOLOGICE 158
Sindroamele hemoragice 158
Hemoliza acută 166
URGENȚE ÎN BOLI ENDOCRINE 175
Criza tireotoxică 175
Coma mixedematoasă 177
Insuficiența suprarenală acută 179
Insuficiența antehipofizară 181
Tetania paratireoprivă 182
Diabetul insipid 184
HEMORAGII OBSTETRICALE ȘI GINECOLOGICE 185
Hemoragii genitale gravidice 185
Hemoragii ginecologice 192
CEFALEEA ȘI MIGRENA 195
NEVRALGII, NEVRITE, RADICULITE, CAUZALGII 205
Nevralgii occipitale 208
Nevralgii cervicobrahiale 209
Nevralgia intercostală 212
Nevralgia frenicului 212
Nevralgia abdominogenitală 212
Nevralgia ruşinosului intern 213
Nevralgia spermatică 213
Nevralgia crurală 213
Nevralgia femurocutanată 214
Nevralgia sciatică 214
Nevralgia trigeminală 219
Nevralgia glosofaringiană 221
Nevralgia de ganglion sfenopalatin 222
Nevralgia geniculată 223
Nevralgia vidiană 223
Cauzalgii 223
TULBURĂRI PSIHICE 226
Anxietatea 228
Confuzia mintală 230
Agitația psihomotorie 230
Delirul 231
Depresia psihică 233
Schizofrenia și paranoia 234
Personalitățile psihopatice 235
Isteria 235
Demența 236
Epilepsia 236
MANOPERE ȘI TEHNICI UTILIZATE ÎN URGENȚĂ 238
Metode de reanimare cardiorespiratorie 238
Traheotomia — traheostomia 246
Administrarea oxigenului 247

Scanned with OKEN Scanner

Injecţii 248
Emisia de sînge 249
Hemostaza 250
Tehnici pentru oprirea epistaxisului 251
Perfuzia 251
Transfuzia sanguină 255
Punctiile 262
Intubaţia gastrică 267
Clisma 268
Sondajul vezicii urinare 270
Anestezia locală şi locoregională 271
Îndepărtarea corpilor străini oculari şi a substanţelor toxice 273
Spălătura auriculară 274
Alimentaţia parenterală 274
BAREM (aparatură, instrumentar, materiale sanitare şi medicamente) necesare acordării primului ajutor 276
— la dispensare 276
— la camera de gardă a spitalului 279
VALORILE NORMALE ALE DATELOR DE LABORATOR FOLOSITE ÎN URGENŢĂ 282
MEDICAMENTE UTILIZATE ÎN URGENŢE MEDICALE 286
Bibliografie selectivă 306
Index alfabetic 309

Scanned with OKEN Scanner